

# Les hémorragies après gastrectomie pour ulcère

## Hémorragies de la période post-opératoire exceptées

*A propos de 15 observations*

---

Travail du service de médecine générale  
de l'Hôpital de la Croix-Rousse

Professeur Marcel GIRARD

---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 16 Juin 1960*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Michelle CAILLOT**

*Externe des Hôpitaux de Lyon*

Née le 27 Mai 1934, à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères  
42, quai Gailleton, 42

1960



LES HÉMORRAGIES APRES GASTRECTOMIE  
POUR ULCERE

(Hémorragies de la période post opératoire exceptées)

A PROPOS DE 15 OBSERVATIONS



**Les hémorragies  
après gastrectomie pour ulcère**  
**Hémorragies**  
**de la période post-opératoire exceptées**  
*A propos de 15 observations*

Travail du service de médecine générale  
de l'Hôpital de la Croix-Rousse  
Professeur Marcel GIRARD

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

**A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON**

*et soutenue publiquement le 16 Juin 1960*

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Michelle CAILLOT**

*Externe des Hôpitaux de Lyon*

Née le 27 Mai 1934, à LYON (Rhône)



**LYON**

Imprimerie BOSC Frères  
42, quai Gailleton, 42

—  
1960

390/62

## PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire ..... M. J. LEPINE - Doyen ..... M. H. HERMANN  
Correspondant de l'Institut  
Assesseur ..... M. M. LEVRAT.  
Professeurs Honoraires : MM. NICOLAS, COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE, TRILLAT,  
MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

### PROFESSEURS

|                                                                  |                           |                                                                     |               |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------|
| Physiologie .....                                                | MM. HERMANN.              | Clinique médicale infantile et hygiène du 1 <sup>er</sup> âge ..... | BERNHEIM.     |
| Clinique urologique .....                                        | CIBERT.                   | Biologie médicale et pharmacodynamie .....                          | JOURDAN.      |
| Physique biologique, radiologie et physiothérapie .....          | PONTHUS (dét à Beyrouth). | Botanique et cryptogamie ...                                        | NETIEN.       |
| Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale .....            | DECHAUME.                 | Clinique chirurgicale C .....                                       | BERTRAND.     |
| Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire .....         | ROCHET.                   | Chimie analytique pharmaceutique .....                              | BADINAND.     |
| Clinique des maladies infectieuses et bactériologie ...          | X...                      | Pharmacie et pharmacologie..                                        | DREVON.       |
| Chimie organique et toxicologie                                  | CHAMBON.                  | Médecine légale et déontologie                                      | ROCHE.        |
| Clinique chirurgicale B .....                                    | WERTHEIMER.               | Parasitologie et pathologie exotique .....                          | COUDERT.      |
| Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale ..... | DELORE.                   | Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             | MOUNIER-KUHN. |
| Clinique médicale B .....                                        | P. RAVAULT.               | Clinique ophtalmologique ...                                        | PAUFIQUE.     |
| Clinique et prophylaxie cardiovasculaires .....                  | FROMENT.                  | Clinique dermatologique et syphiligraphique .....                   | THIERS.       |
| Clinique médicale A .....                                        | CROIZAT.                  | Clinique de pneumo-phtisologie .....                                | BRUN.         |
| Chimie biologique et médicale.                                   | ENSELME.                  | Clinique traumatologique des membres .....                          | CREYSSSEL J.  |
| Clinique chirurgicale A .....                                    | MALLET-GUY.               | Cancérologie .....                                                  | DARGENT.      |
| Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.       | GUILLEMINET.              | Anatomie pathologique .....                                         | GUICHARD.     |
| Pharmacie galénique et matière médicale .....                    | REVOL.                    | Pathologie générale et expérimentale .....                          | GIRARD P.     |
| Clinique gynécologique .....                                     | POLLOSSON.                | Anatomie .....                                                      | LATARJET.     |
| Clinique obstétricale .....                                      | PIGAUD.                   | Pathologie chirurgicale .....                                       | PEYCELON.     |
| Médecine du travail .....                                        | BOURRET.                  | Thérapeutique .....                                                 | GIRARD M.     |
| Clinique médicale .....                                          | LEVRAT.                   | Pathologie médicale .....                                           | VACHON.       |
| Hygiène et action sanitaire et sociale .....                     | SOHIER.                   | Physio-pathologie des voies respiratoires .....                     | GALY.         |
| Clinique stomatologique ....                                     | DUCLOS.                   | Histologie .....                                                    | KEHL.         |

### PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine ..... MM. BERGER.  
Technologie Pharmaceutique ..... DORCHE.

### PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                     |                 |                   |                |
|---------------------|-----------------|-------------------|----------------|
| Obstétrique .....   | MM. BANSSILLON. | Physiologie ..... | MM. CIER J.-F. |
| Parasitologie ..... | ROMAN.          | Physiologie ..... | CHATONNET.     |
| Bactériologie ..... | BERTOYE A.      |                   |                |

### MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

|                                    |              |                             |               |
|------------------------------------|--------------|-----------------------------|---------------|
| Chimie organique et toxicologieMM. | PERROT.      | Histologie .....            | MM. DUMONT L. |
| Anatomie pathologique .....        | FEROLDI.     | Hygiène .....               | THIVOLET J.   |
| Pharmacie et Pharmacologie..       | CIER A.      | Parasitologie .....         | GARIN J.P.    |
| Chimie biologique et médicale.     | CREYSSSEL R. | Physique .....              | MORET.        |
| Anatomie .....                     | DUROUX.      | Botanique et Cryptogamie .. | ODDOUX.       |
| Thérapeutique .....                | BRETTE.      |                             |               |

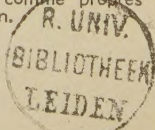
### AGREGES EN EXERCICE

|                                 |                |                              |                |
|---------------------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| Neuro-chirurgie .....           | MM. LECUIRE.   | Chirurgie générale .....     | MM. MICHAUD.   |
| Cardiologie .....               | GONIN.         | Maladies infectieuses .....  | MONNET.        |
| Obstétrique .....               | MATHIEU J.     | Oto-rhino-laryngologie ..... | GIGNOUX.       |
| Orthopédie .....                | MARION Joseph. | Stomatologie .....           | FREIDEL.       |
| Propédeutique médicale .....    | PONT.          | Médecine générale .....      | PLAUCHU.       |
| Pathologie médicale .....       | VIGNON.        | Pathologie médicale .....    | DEVIC Michel.  |
| Pathologie chirurgicale .....   | REVOL Louis.   | Médecine légale .....        | COLIN.         |
|                                 | JAUBERT        | Neurologie .....             | GUYOTAT.       |
|                                 | de BEAUJEU.    | Obstétrique .....            | DUMONT Martial |
| Médecine générale .....         | TRAEGER.       | Urologie .....               | DURAND Louis.  |
| Pathologie chirurgicale .....   | GUILLEMIN.     | Chirurgie générale .....     | FRANCILLON.    |
| Electro-radiologie .....        | PAPILLON.      | Médecine générale .....      | DESPIERRES Ch. |
| Obstétrique .....               | BURTHIAULT.    | Chirurgie générale .....     | de MOURGUES.   |
| Pédiatrie et Puériculture ..... | FRANÇOIS.      | Chirurgie générale .....     | SAUBIER.       |
| Médecine générale .....         | GUINET.        | Dermatologie .....           | COLOMB.        |
| Pathologie chirurgicale .....   | SAUTOT.        | Médecine du Travail .....    | TOLOT.         |
| Chirurgie générale .....        | MARION Pierre. | Neurologie et Psychiatrie .. | SCHOTT.        |
|                                 |                | Ophtalmologie .....          | BONAMOUR.      |

### EXAMINATEURS DE LA THESE :

**Président : M. GIRARD ; Assesseurs : MM. BERTRAND, BROCHIER et PLAUCHU.**

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



J'offre ce travail :

A MES PARENTS

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS



## A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Marcel GIRARD

*Professeur de Thérapeutique*

Nous avons eu la chance de passer dans son service notre dernier semestre d'externat.

Il nous a toujours réservé un accueil plein de sollicitude et de bienveillance.

Il fut pour nous le Maître dont le bon sens, la précision clinique, la clarté de son enseignement, la sagesse de ses conclusions thérapeutiques nous ont toujours séduit.

Il a bien voulu nous confier le sujet de ce travail pour lequel il nous a prodigué ses conseils.

Qu'il veuille bien trouver ici, avec nos remerciements, l'expression de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Pierre BERTRAND

*Professeur de clinique chirurgicale*

Nous regrettons vivement de n'avoir pu suivre l'enseignement clinique d'un Maître pour lequel nous nourrissons des sentiments de respectueuse admiration.

Qu'il daigne croire à notre profonde reconnaissance pour nous avoir fait l'honneur de faire partie de notre Jury de Thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé André BROCHIER  
*Accoucheur des Hôpitaux*

De tout notre cœur, avec notre profonde affection.

Il est pour nous le symbole de l'amitié.

Nous le remercions et l'assurons de notre attachement très sincère.

A Monsieur le Professeur Agrégé Marcel PLAUCHU  
*Médecin des Hôpitaux*

Il a guidé nos premiers pas dans la carrière médicale qu'il nous a appris à aimer.

Nous le remercions d'avoir bien voulu être notre juge.

Nous l'assurons de notre reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur MALLET-GUY

Monsieur le Professeur DUCLOS

Monsieur le Professeur PAUFIQUE

Monsieur le Professeur WERTHEIMER

Monsieur le Professeur Agrégé TRAEGER

Monsieur le Docteur ROCHET

Monsieur le Professeur Agrégé JEUNE

Monsieur le Professeur GIRARD

## AVANT-PROPOS

L'hémorragie digestive des gastrectomisés pour ulcère, en dehors de la période post-opératoire, reste une complication relativement rare.

Nous n'envisagerons pas ici les hémorragies précoces, en rapport direct avec l'acte opératoire, qui ont depuis longtemps retenu l'attention des chirurgiens, qui se sont attachés à préciser leurs causes et les moyens de prévention d'ordre essentiellement technique. Nous ne nous attacherons qu'au problème des hémorragies secondaires ou tardives qui semblent avoir été jusqu'ici plus négligées.

## HISTORIQUE

L'ulcère récidivant post-opératoire à forme hémorragique a pendant longtemps été considéré comme une rareté ; méconnu par Braun et le Pr. Gosset en 1906, considéré comme très rare par Manhes dans sa thèse, il n'était pour Delore et Creyssel qu'exceptionnellement sinon jamais à l'origine d'hématémèses : « Si le vomissement n'est pas très fréquent, l'hématémèse est pour ainsi dire inconnue dans l'ulcère peptique. Nous n'en connaissons pas d'observations ». (Journal de Chirurgie 1925).

Loewy (Thèse 1921) et Gosset au Congrès de Chirurgie de 1931 signalent quelques cas d'hémorragies sous forme de mélaenas récidivants par ulcère peptique.

— En 1933 Tixier et Clavel rapportent deux cas d'hématémèses par ulcère récidivant post-opératoire et soulignent leur rareté.

— En 1945, Rienhoff dans une étude portant sur 260 ulcères opérés, note 26 cas d'hémorragies post-opératoires dans les suites éloignées, soit un pourcentage de 10 %.

— Alors qu'en 1948, Hepp dans une enquête relative à 100 gastrectomisés ne mentionne pas d'accidents hémorragiques dans le cadre des séquelles éloignées.

— En 1950 dans la statistique d'Ivy, 11 % des malades gastrectomisés pour ulcère gastro-duodénal hémorragique, saignent.

La même année, Moutier et Cornet rapportent 28 cas d'hémorragies après 338 gastrectomies (8,2 %).

— En 1953 pour Beneyto, 2,7 % de malades avaient subi une intervention pour ulcère et 7,9 % pour Morey et Plummer.

— En 1956 Jones, sur 2.000 malades hospitalisés pour hémorragies gastro-intestinales au Central Middlesex Hôpital de Londres de 1941 à 1954, rapporte 118 cas soit 6,2 % d'hémorragies post-opératoires.

Pour Baratgin, dans le cadre des hémorragies digestives, celles survenant chez les gastrectomisés pour ulcères représentent un important groupe numérique, le pourcentage s'élevant à 5,3 %.

— En 1957, Patel et Lataste à propos d'une statistique personnelle portant sur 94 gastrectomisés pour hémorragies digestives ulcéreuses, ne relèvent aucun cas de récides hémorragiques.

Hillemand et Monnerot dans un travail portant sur 200 hémorragies digestives n'en rapportent qu'un seul cas chez un ulcéreux gastrectomisé, et Lagache et Soots sur 132 hémorragies gastro-duodénales aiguës, 2 par ulcère peptique jéjunal après gastrectomie.

Alors que pour Lambling, Bonfils et Baratgin, dans une revue d'ensemble des hémorragies par ulcères gastro-duodénaux, sur un total de 68 gastrectomisés pour ulcères hémorragiques, 12 ont resaigné après l'opération (17 %) et 3 fois seulement il s'agissait d'ulcère peptique.

Ce taux est très voisin de celui que donnent Boles, Cassidy et Jordan : 15,2 % de récides hémorragiques après gastrectomie subtotale de 125 ulcéreux duodénaux qui avaient saigné.

Haguenauer à propos de 400 cas d'hémorragies digestives, relève 13 cas (3,2 %) dans les suites opératoires éloignées.

— Enfin tout récemment dans le rapport de Hollender et Adloff aux Journées Françaises de Gastro-entérologie

d'octobre 1959, les hémorragies post-opératoires représentent une complication relativement rare, 2 % environ.

— Tandis que Dubarry et Neboit-Mombet, sur 158 cas personnels de séquelles de gastrectomie, trouvent 10 hémorragies digestives soit 6,3 %.

## INTRODUCTION

Notre travail repose sur l'étude de 105 observations de gastrectomisés, connus avant ou après l'intervention, recueillis dans le service de notre Maître le Professeur M. Girard de 1953 à janvier 1959.

Nous avons retenu uniquement les suites de gastrectomies pour ulcère, qu'elles aient été pratiquées d'emblée ou qu'elles aient succédé à une autre intervention (suture d'ulcère perforé, G. E. A. ou Gastrectomie antérieure).

Il nous a parfois été difficile de préciser l'histoire exacte de certains malades, inconnus pour la plupart du service où ils étaient admis pour hémorragies digestives plusieurs années après leur intervention.

L'hémorragie a été retenue :

— Soit qu'elle ait été observée macroscopiquement par le malade, le médecin traitant ou dans le service (hématémèse franche ou mélaena à type de « selles noires », en comptant au rang des hématémèses, tout mélaena qui a accompagné ou suivi de peu le vomissement de sang).

— Soit à type d'hémorragie microscopique, signée par une anémie hypochrome, associée à une réaction de Weber positive.

Nous avons par contre éliminé les simples anémies hypochromes où l'hémorragie n'a pu être mise en évidence de façon formelle et qui, chez le gastrectomisé, peut relever de mécanismes divers. Il en est de même des hémorragies survenant chez des gastrectomisés porteurs d'une affection hémorragipare.

Nous avons pu ainsi retenir 15 observations dont 5 hématémèses, 9 mélaenas isolés et 1 hémorragie microscopique signée par une anémie hypochrome et une réaction de Weber positive.

## LES OBSERVATIONS

### OBSERVATION N° 1

M. Per... Jean, 30 ans, entré en Mai 1953.

*Stomite chez un ancien gastrectomisé pour ulcère gastrique perforé.*

*2° séjour : Ulcère peptique compliqué d'hématémèse et mélaena.*

*Résection. Suites parfaites.*

Malade éthylique, gros fumeur, présentant depuis 1948 un syndrome ulcéreux typique.

Le 1<sup>er</sup> février 1952 : Perforation avec suture immédiate puis gastrectomie secondaire en mars 1952 dont les suites ont été un peu troublées avec ébauche de Dumping-Syndrome, syndrome du petit estomac et gros amaigrissement.

— 5 mois plus tard (juillet 1952) reprise d'un syndrome ulcéreux typique (crampes épigastriques à irradiation dorsale 3-4 heures après les repas) dont le seul caractère anormal est la continuité.

Pas de troubles du transit ; pas d'hémorragies.

— Entre dans le service en Mai 1953. Les clichés gastro-duodénaux ne mettent pas en évidence d'ulcère peptique, l'ance jéjunale est normale, mais révèlent une stomite avec œdème de la région anastomotique gastrique au sein duquel il est difficile d'affirmer une niche de la portion verticale du moignon gastrique.

A la gastroscopie : Gros bourrelet œdémateux sur le versant grande courbure, sans ulcération. En raison de l'œdème qui obture une partie de l'orifice anastomotique, on ne peut voir le versant iléal.

— Après une amélioration clinique à peu près totale, reprise en Septembre 1953 d'un syndrome douloureux épigastrique à irradiation vers l'hypocondre droit, post-prandial tardif, de plus en plus intense, pratiquement quotidien, entre-

coupé d'une crise douloureuse paroxystique, transfixiante, à tendance syncopale (que le malade compare à sa première perforation) sans suites et compliqué en Mars 1954 d'une *hématémèse* de moyenne abondance, sans tendance syncopale, avec dans le mois qui a suivi des *selles noires* qui motivent sa réhospitalisation dans le service en Avril 1954 : T.A. = 12/6 (Numération-formule et Weber non pratiqués). Les radiographies gastro-duodénales montrent une jéjunite très localisée à la portion médiane de l'anse efferante et sur quatre films, une image additionnelle de la région anastomotique côté grande courbure qui peut bien correspondre à une niche d'ulcère peptique et qui fait poser une indication opératoire.

*INTERVENTION.* (le 12-5-54) Service du Professeur Bertrand

Ulcère peptique siégeant sur le bord mésentérique de l'anse efférente. Gastro-entérectomie (grêle). L'anastomose bout à bout à la suture du grêle est difficile, l'anse étant très courte, il faut décoller l'angle duodéno-jéjunal.

Polya transmésocolique. La résection gastrique est très minime, la gastrectomie antérieure ayant été de plus des 2/3.

A l'examen de la pièce : ulcère de 5 cms sur le bord mésentérique de l'anse efferente.

Suite immédiates et éloignées, parfaites.

## OBSERVATION N° 2

M. Gal... Eugène, 29 ans, maçon, Entre le 9-11-1953.

*Reprise d'un syndrome douloureux et hémorragique chez un gastrectomisé pour ulcère bulbaire. Radiographies et gastroscopie négatives.*

Ce malade, non éthylique, possédant des antécédents familiaux ulcéreux chez sa mère et un frère, présentait depuis 1948 un syndrome douloureux post-prandial tardif lié à un ulcère bulbaire qui motive en Septembre 1952 une gastrectomie.

Depuis l'intervention se plaint de digestions pénibles et de douleurs post-prandiales péri ombilicales en ceinture, d'horaire capricieux, sur un fond douloureux permanent.

En juillet 1953, au cours d'une crise douloureuse plus violente, apparition d'une *hémorragie intestinale* de sang noir, nécessitant une hospitalisation d'urgence et une transfusion.

Des radiographies gastro-duodénales pratiquées à cette époque ne montraient pas d'ulcère peptique.

On institue un traitement médical à base de Bismuth et d'antispasmodiques, qui n'apporte aucune amélioration et conduit le malade à se faire hospitaliser dans le service le 9-11-1953.

Sujet en bon état général dont l'examen clinique est négatif. T.A. = 10,5/6.

N.F. non pratiquée.

Les radiographies gastro-duodénales et du cadre colique sont négatives. A la gastroscopie, pas d'ulcère peptique visible, pas de lésion de stomite.

Quitte le service le 19-11 avec un traitement médical.

Est revu le 3-1-1954 pour une reprise, après une phase d'amélioration, de douleurs de siège épigastrique survenant pratiquement à la fin de chaque repas.

Poids stationnaire mais asthénie importante. Nouveaux films gastriques négatifs.

Devant la persistance des mêmes troubles digestifs, on rehospitalise le malade le 5-2-1954.

G.R. = 4.280.000. Hémoglobine 88 %. Valeur globulaire = 1,02  
La gastroscopie est refusée par le malade. Bilan radiologique toujours négatif.

### OBSERVATION N° 3

M. Sak... Chemoul, 57 ans, menuisier. Entré le 7-1-1954.

— *Gastrectomie pour ulcère en 1945.*

— *Ulcère peptique réséqué en 1946.*

— *Deuxième ulcère peptique en évolution. Bacillose pulmonaire récente.*

— *Dragstedt en novembre 1954 (voie thoracique).*

Sujet Nord-Africain présentant depuis l'âge de 35 ans (1932) un syndrome ulcéreux typique compliqué en 1945 de vomissements et hématemèses répétés. Des radiographies gastro-duodénales auraient révélé un ulcère gastrique (?).

*Gastrectomie.*

Va bien jusqu'en 46 marqué par la reprise de crises douloureuses précédant l'apparition d'une *hématemèse* qui impose l'hospitalisation d'urgence dans un service de chirurgie où est pratiquée la resection d'un ulcère peptique.

Rien à signaler jusqu'en 1950 où reprise de douleurs épigastriques ulcérimorues, associées à des mélaenas peu abondants.

En 1952, nouvelle crise douloureuse à l'occasion de laquelle des radiographies gastro-duodénales étaient négatives.

Décembre 1953 : nouveau *mélaena* chez un sujet en mauvais état général qui maigrit, ce qui motive son hospitalisation dans le service le 7-1-1954.

Les radiographies gastro-duodénales montrent une niche d'ulcère peptique avec grosse lésion de jéjunite.

T.A. = 10/5 — Numération-formule non pratiquée.

Mais la découverte sur la radiographie pulmonaire d'un infiltrat des 2 sommets (BK = O) contre-indique une réintervention éventuelle immédiate.

Revu en Mai 1954. Continue à souffrir mais n'a pas présenté de nouvelles hématuries ou mélaenas. Les films gastro-duodénaux montrent une grosse jéjunite avec distension de plusieurs anses, signes indirects en faveur d'un ulcère peptique.

On prescrit un traitement médical avec Antal-Oxyferris-carbone-Bismuth.

Devant l'absence d'amélioration clinique, l'intervention est décidée.

Le 19-11-1954 — Service du Professeur Bertrand.

Dragstedt par voie thoracique.

Les radiographies gastro-duodénales de contrôle montrent un moignon gastrique non distendu, s'évacuant correctement. L'ensemble de la région anastomotique est moins suspect d'ulcère peptique que sur les films précédents.

Est revu en juin et juillet 1955 pour des phénomènes hémoptoïques et des hémorragies rectales de sang rouge à mettre sur le compte d'hémorroïdes.

Va bien au point de vue digestif, ne souffre plus.

Contrôle radiographique normal.

#### OBSERVATION N° 4

M. For... Georges, 50 ans, architecte. Entre le 6-5-1954.

*Ulcère peptique à forme hémorragique.*

— Malade ayant subi une G.E.A. pour ulcère duodéal hémorragique en 1941.

— Puis en mars 1951, une gastrectomie pour ulcère peptique hémorragique.

— 5 mois après, reprise d'un syndrome douloureux post-prandial tardif et

— en mars 1953 reprise de *mélaenas* dont un très important en janvier 1954 et qui se répètent pendant un an.

En avril 1954 : G.R. 2.610.000.

Entre dans le service le 6-5-1954.

Examen clinique négatif ; T.A. = 12,5/7.

G.R. = 4.370.000. Valeur globulaire = 0,64.

Les radiographies gastro-duodénales montrent un petit moignon de gastrectomie s'évacuant correctement mais sur trois films un ulcère peptique possible du canal anastomotique.

La gastroscopie ne permet qu'une mauvaise visibilité de la région anastomotique suspecte.

Sort avec un traitement médical. N'a pas redonné de ses nouvelles depuis.

#### OBSERVATION N° 5

M. Rav... Félix, 45 ans, fondeur. Entré le 20-6-1954.

*C.E.A. pour ulcère pylorique en 1936.*

*1° ulcère peptique en 1952 : gastrectomie.*

*2° ulcère peptique en 1953.*

*3° ulcère peptique en évolution ? gastrite du moignon.*

Syndrome douloureux épigastique remontant en 1934.

A signaler dans les antécédents collatéraux du malade, un frère et deux sœurs soignés pour ulcère gastro-duodéal.

En 1936. Des radiographies gastro-duodénales objectivent un ulcère du canal pylorique.

**INTERVENTION :** G.E.A. qui n'apporte aucune amélioration et en 1952 devant la persistance de douleurs de type ulcéreux, on réintervient : Gastrectomie.

A l'examen de la pièce, on trouve deux ulcères : l'un sur l'anastomose l'autre sur le duodénum.

En avril 1953 la réapparition de douleurs et de vomissements bilieux conduit à une nouvelle gastrectomie qui découvre un nouvel ulcère peptique.

Le malade est soulagé deux mois ; reprise alors de douleurs d'allure toujours ulcéreuse et en janvier 1954 *hématémèse* importante avec syncope qui motive son hospitalisation dans le service,

T.A. = 10/6.

G.R. = 5.200.000. Hémoglobine = 87 %. Valeur globulaire = 0,83.

Tests hépatiques positifs :    Mac Lagan = 5,4  
                                                 Kunkel     = 2,5  
                                                 Hanger     = ++

Les radiographies gastro-duodénales n'objectivent pas d'ulcère : pas de lésion de jéjunite, pas de niche visible.

A la gastroscopie : Bonne visibilité du moignon gastrique et de la bouche d'anastomose. Pas d'ulcération visible.

Sort le 10-7-1954 avec un traitement médical.

Après une période d'accalmie relative, reprise de douleurs post-prandiales calmées par des vomissements fréquents et qui se compliquent le 15 août d'une hématomérose de moyenne abondance qui motive une réhospitalisation le 19-12-1954.

G.R. = 5.100.000.

Hémoglobine = 90 %.

Valeur globulaire = 0,88.

Weber positifs.

Les radiographies gastro-duodénales ne montrent toujours pas d'ulcère peptique mais par contre de très importantes lésions de gastrite du moignon.

Gastroscopie non pratiquée.

Sort avec décharge.

#### OBSERVATION N° 6

M. Per... Joseph, 48 ans, tourneur.

1° séjour : *Hématémèses itératives chez un gastrectomisé pour ulcère pylorique. Pas d'ulcère peptique.*

2° séjour : *Hématémèses à répétition.*  
*Laparotomie : pas d'ulcère peptique visible, ni cirrhose ni pancréatite.*

3° séjour : *Nouvelle intervention pour hémorragies récidivantes. Résection gastrique plus Dragsdet — Pas d'ulcère peptique.*

Malade non éthylique chez lequel en 1945 un syndrome douloureux épigastrique post-prandial fait découvrir un ulcère du pylore qui motive en 1950 une gastrectomie qui soulage le malade pendant un an environ. Reprise alors d'un syn-

drome ulcéreux intense et en 1952 une petite *hématémèse* et surtout des *mélaenas à répétition*, associés à une forte baisse de l'état général.

Le 12-12-1954, *grave hématémèse* qui nécessite deux transfusions. Hospitalisation le 25-1-1955 : Malade pâle, amaigri. T.A. = 10/6 G.R. = 3.530.000. Hémoglobine 61 %. Valeur globulaire = 0,86. Les radiographies gastro-duodénale montrent une disparition des plis muqueux (coup de rabot sur un court segment de l'anse efférente qui est d'ailleurs rétrécie), très légère distension en aval. Pas de signe de niche.

A la gastroscopie : aspect normal du moignon, ni stomite, ni ulcère peptique visible.

Le 10-5-1955 dans la matinée, importante hémorragie intestinale annoncée la veille par un malaise lipothymique et qui motive sa réhospitalisation immédiate.

Vers 18 heures, tableau brutal de collapsus (pâleur, refroidissement des extrémités, pouls filant, chute de la T.A.) suivi aussitôt d'une abondante hématémèse de sang rouge (700 cc).

|           |           |
|-----------|-----------|
| H         | = 36 %    |
| Urée      | = 0,66    |
| Protéines | 61,9      |
| RA        | 63,3 vol. |
| Cl        | 3,47      |
| Ne        | 138       |
| K         | 4,30      |

Une transfusion immédiate sauve la situation. La T.A. remonte à 9, le pouls se stabilise autour de 100. Le malade est placé sous surveillance chirurgicale.

Le 11-5, nouvelle hémorragie d'une abondance telle que l'intervention est décidée immédiatement : pas d'ulcère peptique visible. La gastrectomie antérieure semble avoir été une antro-pyloréctomie très économique. Estomac et moignon duodénal normaux.

Ligature de la coronaire stomachique. Foie et rate normaux.

Suites simples.

A la sortie du service le 25-6-1955 : G.R. = 3.210.000 Hémoglobine 64 %. Valeur globulaire = 1.

En septembre 1955 : le malade revient avec des douleurs épigastriques post-prandiales précoces et des malaises évoquant le Dumping-Syndrome. Pas de nouvelles hémorragies mais anémie persistante à 3.350.000. Hémoglobine = 60 %. Valeur globulaire = 0,89.

Les radiographies gastro-duodénales montrent une région

anastomotique canaliculée, sans plis avec sur certains clichés un petit éperon très près du versant gastrique interprète à un ulcère peptique à forme hémorragique.

On pose l'indication opératoire.

*INTERVENTION* le 11-10-1955 (service du Professeur Bertrand.)

Libération et résection large de D 1 jusqu'au delà du genu supérius. Enfouissement.

Ablation en bloc de l'estomac restant (2/3 de ce qui reste) et de l'anastomose G.J.

Dédoublement de la continuité du grêle par termino-terminale à la suture. Polya précolique. Vagotomie bilatérale.

A l'examen de la pièce : pas de trace d'ulcère peptique. Duodénum en apparence sain.

Suites favorables jusqu'en janvier 1956 où le malade revient se montrer pour des digestions difficiles et des brûlures post-prandiales. Les films de contrôle montrent un moignon s'évacuant normalement par l'anse efferente, mais une image de la région sous-cardiaque qui pourrait être un engagement de la muqueuse gastrique par le hiatus. Par la suite, revu à plusieurs reprises en février, avril 1956 et janvier 1957 pour la persistance d'un syndrome douloureux post-prandial tardif inchangé.

Pas d'accidents hémorragiques.

Les radiographies du moignon gastrique sont normales.

#### OBSERVATION N° 7

Mme Pas... Henriette, 23 ans, entrée le 6-2-1956.

*Ulcère peptique après gastrectomie pour ulcère bulbaire perforé bouché à fond pancréatique. Résection.*

Malade ayant présenté en 1948 (15 ans) des douleurs abdominales vagues qui motivent une appendicectomie. Cette intervention ne soulage pas la malade, ses douleurs deviennent épigastriques, périodiques, post-prandiales.

Des radiographies gastro-duodénales pratiquées en 1951 révèlent un ulcère du bulbe duodénal. Traitement médical qui améliore la malade. A l'occasion d'une poussée ulcéreuse en 1952, nouveaux clichés gastro-duodénaux qui montrent un ulcère non évolutif.

En 1953, à la suite d'un choc affectif, nouvelle poussée plus violente qui fait poser l'indication opératoire. Gastrecto-

mie (février 1954) : Macroscopiquement sur la pièce opératoire : ulcère duodénal volumineux perforé dans le pancréas.

L'intervention n'apporte que peu d'amélioration clinique. En effet reprise rapide d'un véritable syndrome ulcéreux sous forme de douleurs épigastriques à type de brûlures, torsion à irradiation lombo-abdominales, par périodes d'une semaine, peu calmées par le bismuth, associées à quelques épisodes diarrhéiques.

Septembre 1955 : de nouveaux clichés gastro-duodénaux montrent une inflammation de la bouche d'anastomose.

Le 29 janvier 1956 : exagération des douleurs avec épisodes lipothymiques, sueurs froides et le lendemain diarrhée avec *hémorragie* de sang rouge qui nécessite 3 transfusions de 500 cc.

T.A. d 10.

G.R. = 2.700.000. Hémoglobine = 40 %. Valeur globulaire = 0,72.

C'est alors que la malade est adressée dans le service le 6-2-1956.

T.A. = 10/6.

G.R. 3.060.000. Hémoglobine = 62 %. Valeur globulaire = 0,89.

Les radiographies gastro-duodénales montrent une niche du volume d'un gros pois sur le bord inférieur du début de l'anse efférente.

GastroscoPie non pratiquée.

On pose l'indication chirurgicale.

*INTERVENTION* (17 février 1956. Service du Professeur Bertrand).

Ulcère du bord mésentérique et de l'anastomose gastro-jéjunale ; l'ulcère siège sur l'anse efférente.

Enterectomie bout à bout en 2 plans.

Gastrectomie itérative. Polya.

La malade est revue en mai 1956 pour la réapparition de vagues épigastralgies post-prandiales à type de crampes calmées par l'ingestion mais pas de récurrence hémorragique.

Les radiographies du moignon sont normales. Bon transit, pas de gastro-jéjunite. Aucune image anormale.

#### OBSERVATION N° 8

M. Gay... Théodore, 34 ans, agent de maîtrise, entre le 18-1-1956.

*Syndrome de stomite avec granulome inflammatoire (sans fils visibles) chez un gastrectomisé pour ulcère.*

Le 25 mai 1955, perforation d'un ulcère pylorique dont le malade souffrait depuis décembre 1955. Gastrectomie secondaire qui est suivie d'une accalmie jusqu'en décembre 1955 (5 mois), date à laquelle reprennent des douleurs para-ombilicales gauches, post-prandiales tardives, évoluant par crises périodiques avec mise en tension du tube digestif, sensation de transit gazeux bloqué, soulagée par des éructations, associées à des vomissements alimentaires et le 15 décembre *hémaitémèse* probable sous forme d'un vomissement abondant évalué à 2 l. de sang noir.

Entre dans le service le 18-1-1956.

A l'examen, T.A. = 10/5.

bruits hydroaériques de la fosse iliaque gauche et ondes péristaltiques.

G.R. = 3.900.000. Hémoglobine = 72 %. Valeur globulaire = 0,93.

Les radiographies gastro-duodénales montrent une atrésie de la région anastomotique, avec reflux notable dans l'anse afférente.

Pas d'image de niche, pas de jéjunite, pas de distension du moignon gastrique.

Donc stomite sténosante probable.

A la Gastroskopie : bouche de gastrectomie facilement observée en forme d'éperon trachéal avec une cloison médiane séparant les deux branches jéjunales. Sur le bord de l'anastomose on voit un granulome inflammatoire d'aspect verruqueux, en crête de coq.

Il n'a pas été observé de fils de suture, ni d'ulcération peptique. Les plis du moignon gastriques sont cérébriformes et rouges. En somme, stomite.

Sort avec un traitement médical.

#### OBSERVATION N° 9

M. Fio... Charles, 78 ans, retraité, entre le 14-7-1956.

*Mélaenas à répétition chez un ancien gastrectomisé pour ulcus, de cause non précisée.*

*Exitus.*

Sujet de 78 ans, gastrectomisé pour ulcère gastrique en 1941, hospitalisé dans le service pour un état anémique en rapport avec des mélaenas à répétition depuis 3 jours, dans phénomènes douloureux associés.

S'y surajoute des signes de défaillance cardiaque avec dyspnée, œdème des membres inférieurs, souffle d'insuffisance mitrale, gros cœur à la radiographie, contre-indiquant tout examen plus agressif.

T.A. 13/7.

G.R. = 3.460.000. Hémoglobine 68 %. Valeur globulaire = 0,96.

Tests hépatiques négatifs.

Traitement symptomatique.

L'état général et cardiaque restent stationnaires cependant que se produisent de nouveaux mélaenas.

Le 16-8 : G.R. 3.310.000. Hémoglobine 57 %. Valeur globulaire 0,85.

Le 20-8 : Exitus subit avant qu'un contrôle radiologique ait pu être pratiqué. Pas de vérification.

#### OBSERVATION N° 10

Mme Dur... Suzanne, 40 ans, entrée le 11-11-1957.

*Anémie hypochrome chronique dans les suites d'une gastrectomie pour ulcère bulbaire.*

*(Aucun syndrome douloureux ni radiologique en faveur d'un ulcère peptique.)*

Présente en 1949 ses premiers troubles digestifs à type de dyspepsie flatulente sans phénomènes douloureux qui ne font leur apparition qu'en 1951, de type ulcéreux tardif.

Les radiographies gastro-duodénales confirment l'ulcère duodénal.

Gastrectomie subtotale en 1951.

Depuis cette époque, cette malade neurotonique accuse un mauvais état général avec asthénie, anorexie, amaigrissement, diarrhée, sans phénomènes douloureux et *anémie* rebelle qui motive son hospitalisation dans le service le 11-7. Examen clinique négatif.

G.R. 2.770.000. Hémoglobine = 44 %. Valeur globulaire = 0,68. Hématocrite = 28 %.

Myélogramme normal.

Weber = 1 + + + +

2 +

Les radiographies gastro-duodénales semblent normales, rien ne permet de retenir l'ulcère peptique.

GastroscoPie non pratiquée.

## OBSERVATION N° 11

M. Est... Calixte, 49 ans, entré le 26-9-1958.

*Ulcère récidivant post-opératoire chez un sujet ayant eu :*

*Une G. E. A. pour ulcère bulbaire en 1956.*

*Une gastrectomie en 1953.*

Premières crises douloureuses post-prandiales à l'âge de 17 ans (1926).

En 1931 devant leur accentuation, des radiographies gastro-duodénales sont pratiquées qui révèlent un ulcère duodénal. Gastro-entéro-anastomose en 1936.

Va bien jusqu'en 1953 où reprise des douleurs épigastriques suivies d'une hématomose abondante.

Gastrectomie, 15 jours plus tard.

Tout de suite après l'intervention, reprise d'un syndrome douloureux de type ulcéreux, compliqué de mélaenas fréquents, pas d'hématomose. Asthénie, amérissement ; qui décident le malade à venir se montrer à la consultation du service le 13-7-1957.

Les radiographies gastro-duodénales montrent :

1°) une niche de face en pleine zone anastomotique du volume d'un petit pois ;

2°) une distention de l'anse efferente sans troubles du transit.

On prescrit un traitement médical qui n'est pas suivi.

Le 18-9, accident lipothymique annonçant un mélaena qui motive son hospitalisation dans le service le 26-9.

Malade pâle. T.A. = 12/8.

Globules rouges = 3.510.000. Hémoglobine 64 %. Valeur gl. 0,90.

Sur les radiographies gastro-duodénales, la niche n'est pas retrouvée, mais à la gastroscopie on voit parfaitement bien un ulcère peptique un peu cratériforme à fond grisâtre, situé au bord postérieur de l'anastomose entre les orifices afférent et efférent. Les plis du moignon gastrique sont assez inflammatoires. On voit enfin du reflux venant de l'anse afférente. On conseille un traitement chirurgical qui est différé.

Est revu le 13-12-1958, non amélioré par le traitement médical. Les radiographies gastro-duodénales ne montrent rien de nouveau. On conseille le traitement chirurgical (résection plus Dragstedt) qui est refusé par le malade.

## OBSERVATION N° 12

M. Sau... Auguste, 33 ans, artisan. Entré le 26-10-1958.

*Mélaena à deux reprises chez un sujet gastrectomisé d'urgence en avril 1958 pour ulcère bulbaire hémorragique.*

Malade non éthylique, ni tabagique ayant présenté en mars 1958 sa première crise douloureuse post-prandiale tardive, qui dure 8 jours, calmée par le Bismuth. N'a pas eu de radiographies gastro-duodénales.

Le 5 avril 1958 : grande hématoméso.

Gastrectomie le lendemain : Ulcère bulbaire.

Les suites opératoires ont été simples mais le 15 juillet 1958, *mélaena* sans phénomènes douloureux associés, laissant un état asthénique, vertigineux.

Début août : ce malade est vu à la consultation du service.

Les radiographies gastro-duodénales sont négatives ; aucun signe direct ni indirect d'ulcère récidivant post-opératoire.

On prescrit un traitement médical qui le soulage mais le 20-10-1958 nouveau *mélaena* qui motive son hospitalisation dans le service.

Malade pâle. T.A. = 13/7.

Globules rouges = 3.870.000. Hémoglobine 69 %. Valeur globulaire 0,9.

Les radiographies gastro-duodénales peuvent faire suspecter l'u.r.p.o. en raison soit d'une tache centrale persistante soit d'une image conique sur les clichés avec compression.

Les radiographies du cadre colique et le transit du grêle sont normaux.

La gastroscopie est rendue difficile par les efforts nauséux et le reflux jéjuno-gastrique : l'anastomose qui est très large avec son double orifice séparé par son éperon ne porte aucune ulcération ni aucun granulome par fil résiduel. Elle est un peu inflammatoire mais il n'y a pas d'hémorragies.

Pas d'autres lésions sur le moignon gastrique.

Sort avec un traitement médical.

## OBSERVATION N° 13

M. Sch... Antoine, 54 ans, maçon. Entré le 2-1-1959.

*U.R.P.O. probable à forme hémorragique, indolore après gastrectomie pour ulcère bulbaire hémorragique. Traitement chirurgical conseillé, traitement médical adopté par le malade.*

Malade éthylique ayant présenté en 1933 une première poussée ulcéreuse typique pendant 15 jours. Les radiographies gastro-duodénales étaient négatives.

Six mois plus tard (printemps 1934) nouvelle poussée ulcéreuse qui se termine par une hémorragie digestive assez importante pour entraîner une syncope.

Les radiographies gastro-duodénales montrent alors un ulcère duodénal. Gastrectomie pour exclusion d'urgence.

Latence complète jusqu'en 1953 où sans phénomènes douloureux, le malade fait une syncope avec melaena.

Sur les radiographies pratiquées à cette époque on parle d'ulcère peptique et on prescrit un traitement médical, suivi jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 1958 où le malade présente une nouvelle syncope et le lendemain un *melaena* abondant qui se poursuit 2 jours. Hospitalisation.

T.A. = 11/7.

Globules rouges = 3.960.000. Hémoglobine 80 %. Valeur globulaire = 1

Ethylisme sans signes cliniques ni biologiques.

Les radiographies gastro-duodénales montrent une gastro-jéjunite et des troubles dyskinétiques de l'anse jéjunale en faveur du diagnostic d'ulcère récidivant. Mais il est difficile d'isoler un signe direct tel que la niche.

A la gastroscopie le moignon est gastritique avec beaucoup de liquide d'hypersécrétion et de reflux jéjunal. On a beaucoup de peine à repérer l'anastomose cachée dans les plis hypertrophiés. On n'a pas vu l'ulcère peptique sur la bouche mais l'anse anastomotique n'a pas pu être explorée.

Sort avec un traitement médical.

Est revu le 2-1-1960, se plaint de régurgitations aqueuses avec brûlures pyrosis. Amaigrissement. Sur les radiographies : mégaoesophage.

On conseille l'hospitalisation. N'a pas redonné de ses nouvelles.

#### OBSERVATION N° 14

Mme Rey... Elise, 54 ans, employée. Entrée le 1-3-1956.

*Ulcère gastrique angulaire. Gastrectomie (Septembre 1956) 1960 : Stomite par fil résorbé. Gastrostomie.*

Malade présentant depuis de nombreuses années un syndrome clinique ulcéreux typique qui en novembre 1955 aug-

mente d'intensité, s'accompagne de vomissements, résiste au traitement médical.

Le 2 février 1956 elle est vue en consultation où des radiographies gastro-duodénales montrent une grosse niche de l'angulus. On prescrit un traitement médical d'épreuve (extraits placentaires, pro-banthine, phosphalugel) qui améliore la malade qui reste cependant asthénique, anorexique, ce qui la décide à se faire hospitaliser dans le service le 1-3-1956.

Sur les radiographies gastro-duodénales pratiquées à l'entrée, la niche a diminué des  $\frac{3}{4}$  et sous l'effet d'un traitement de complément (Antal-Oxyferriscorbone) a complètement disparu sur les films du 21-3.

On conseille un traitement médical de fond.

Nouvelles poussées ulcéreuses en mai et juillet 1956 avec sur les films une réapparition de la niche. Nouveaux essais thérapeutiques médicaux.

Début août, nouvelle poussée ulcéreuse particulièrement douloureuse avec hémorragie de sang rouge qui motive sa réhospitalisation le 17-9-1956.

Globules rouges = 3.680.000. Hémoglobine = 73 %. Valeur globulaire 0,9.

Les radiographies gastro-duodénales montrent à nouveau une très grosse niche de l'angulus.

On pose l'indication opératoire.

*INTERVENTION* le 25 septembre 1956 (Service du Professeur Bertrand). Gastroduodénectomie — Polya.

A l'examen de la pièce : petit ulcère de l'angulus.

Suites opératoires immédiates et éloignées, excellentes.

Mais en décembre 1959, réapparition de douleurs épigastriques continues qui se compliquent de *mélaenas* pendant 8 jours précédant sa réhospitalisation le 9-1-1960.

T.A. = 15/9.

Globules rouges = 3.300.000. Hémoglobine 82 %. Valeur globulaire 1,08.

Les radiographies gastro-duodénales ne montrent pas d'ulcère peptique mais une gastrite lacunaire prédominant sur la partie droite du moignon gastrique.

La gastroscopie révèle un fil de suture non résorbé, noir de 2-3 cm, implanté sur l'anastomose, du côté de l'anse efférente. On voit à son voisinage des granulomes inflammatoires pseudo-polyoïdes non suspects de malignité. Pas d'ulcère peptique visible.

L'anastomose paraît relativement rétrécie.

Le moignon est un peu congestif sans véritable gastrite. Donc, stomite par fil non résorbé.

Gastrostomie (20-1-1960 - Service du Professeur Bertrand)

Extraction d'un gros paquet de fils de nylon provenant d'un surjet. Suite simples.

#### OBSERVATION N° 15

M. Cle... Alexandre, 47 ans, manœuvre, Entré le 8-3-1952.

*Ulcère de la petite courbure du moignon gastrique. Mélaena (Récidive d'ulcère après gastrectomie pour ulcère géant de la portion verticale de la petite courbure, à fond perforé bouché dans le pancréas).*

Malade éthylique présentant un syndrome gastritique d'évolution périodique depuis son retour d'Allemagne en 1943 et continue depuis 3-4 mois avec altération de l'état général.

Les radiographies gastro-duodénales révèlent une grosse niche de la portion verticale de la petite courbure.

Après essai de traitement médical qui n'apporte qu'une amélioration incomplète clinique et radiologique, on pose l'indication opératoire. Gastrectomie le 16-4-1952 (Service du Professeur Bertrand) qui découvre un volumineux ulcère perforé bouché dans le pancréas. Bilroth II postérieure transmésocolique au gros bouton de Jaboulay-Villard. Suites simples

Le malade est revu en juillet 1953 pour mauvais état général, asthénie, depuis son intervention. La scopie pulmonaire fait découvrir un infiltrat sous claviculaire droit.

Par contre va très bien au point de vue digestif jusqu'en novembre 1957 où au décours d'un épisode grippal le malade présente des mélaenas, sans phénomènes douloureux associés, objectivés par une pâleur importante, une anémie à 2.600.000, Hémoglobine = 63 %, Valeur globulaire = 1,18, des Weber positifs (++++), une T.A. à 9,5/5,5.

Les radiographies du moignon gastrique montrent une petite niche pédiculée de la partie toute supérieure de la petite courbure, d'apparence bénigne, après un traitement médical anti-ulcéreux d'un mois, elle a diminué de volume, le malade conservant cependant une anémie notable qui nécessite plusieurs transfusions.

Après trois mois d'hospitalisation, on laisse partir le malade avec un traitement médical.

|    | Sexe et Age   | Siège de l'ulcère Initial | Hémorragies pré opératoires | Types d'Interventions                       | Type d'Hémorragie | Géville | accompagne douleur | Anatomiques                   | apparition | Traitement                                                              |
|----|---------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|-------------------|---------|--------------------|-------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1  | H (éthyl) 30  | Gastrique perforé         | 0                           | Suture Gastrectomie II                      | H + M             | +       | +                  | réjunite U.R.P.O              | 2 ans      | Gastroentérectomie                                                      |
| 2  | H 29          | duodénal                  | 0                           | Gastrectomie (après échec tt) - médical     | M                 | +++     | +                  | ?                             | 10 mois    | médical                                                                 |
| 3  | H 57          | gastrique?                | +                           | Gastrectomie (hématémèse)                   | H + M             | ++      | +                  | U.R.P.O (récidivant)          | 1 an 4 ans | Réséction (voies Dragstedt thoracique)                                  |
| 4  | H 50          | duodénal                  | +                           | G.E.A Gastrectomie d'urgence pour U.P Hémo. | M                 | +       | +                  | U.R.P.O                       | 2 ans      | médical                                                                 |
| 5  | H (éthyl) 45  | pylorique                 | 0                           | G.E.A Gastrectomie (U.R.P.O + Uic. Duod.)   | H                 | ++      | +                  | gastrite                      | 9 mois     | médical                                                                 |
| 6  | H 48          | pylorique                 | 0                           | Gastrectomie                                | H + M Anémie      | +++     | +                  | UP (Rx)? non vérifié à l'int. | 2 ans      | Laparotomie d'urgence Lig. coronaire stomach. Resec. + Dragstedt bilat. |
| 7  | P 23          | Duodénal perforé bouché   | 0                           | Gastrectomie                                | M                 | +++     | +                  | U.R.P.O                       | 2 ans      | Gastrectomie itérative Polya                                            |
| 8  | H 34          | pylorique perforé         | 0                           | Suture Gastrectomie II                      | H                 | ++      | +                  | Stomite Sténosante            | 5 mois     | médical                                                                 |
| 9  | H 78          | gastrique                 | 0                           | Gastrectomie                                | M                 | +       | 0                  | ?                             | 15 ans     | Exitus                                                                  |
| 10 | P 40          | duodénal                  | 0                           | Gastrectomie                                | Anémie Weber +    |         | 0                  | ?                             | 5 ans      | médical                                                                 |
| 11 | H 49          | duodénal                  | +                           | G.E.A Gastrectomie II                       | M                 | ++      | +                  | U.R.P.O                       | immédiat   | médical (chirurgical refusé)                                            |
| 12 | H 33          | duodénal                  | +                           | Gastrectomie (d'urgence)                    | M                 | +       | 0                  | U.R (Rx)?                     | 3 mois     | médical                                                                 |
| 13 | H (éthyl.) 54 | duodénal                  | +                           | Gastrectomie pour exclusion (d'urgence)     | M                 | ++      | 0                  | gastro-jéjunite U.R (Rx)?     | 19 ans     | médical                                                                 |
| 14 | P 54          | gastrique                 | +                           | Gastro-duodéno-tomie                        | M                 | +       | +                  | Stomite par fil               | 3 ans      | Gastrostomie                                                            |
| 15 | H 47          | gastrique perforé bouché  | 0                           | Gastrectomie Billroth II                    | M                 | +++     | 0                  | Ulère du moignon              | 5 ans 1/2  | médical                                                                 |



## INTERPRETATION

### FRÉQUENCE GLOBALE

Il apparaît ainsi, autant que nous puissions en juger sur un aussi petit nombre d'observations, que dans les suites éloignées des gastrectomies pour ulcère l'hémorragie représente un risque relativement important puisque 14, 2 % de nos malades gastrectomisés ont resaigné au moins une fois. Ce chiffre s'avère plus élevé que ceux relevés dans la plupart des statistiques.

Et si l'on considère le cadre des hémorragies digestives prises dans leur ensemble, l'hémorragie post-opératoire est en cause dans 3,2 % des cas (13/400 observations - Haguenauer).

*Le délai d'apparition de la première hémorragie après l'intervention est variable :*

|                  |       |        |
|------------------|-------|--------|
| 1 à 6 mois.....  | 3 cas | } 40 % |
| 6 à 12 mois..... | 3 cas |        |
| 2 ans .....      | 4 cas |        |
| 3 ans .....      | 1 cas |        |
| 5 ans .....      | 1 cas |        |
| 6 ans .....      | 1 cas |        |
| 15 ans .....     | 1 cas |        |
| 19 ans .....     | 1 cas |        |

On voit donc que dans 40 % des cas la première hémorragie est survenue dans l'année qui a suivi l'intervention et que dans 10 cas/15, les premières manifestations hémorragiques sont survenues moins de deux ans après l'opération.

Par contre après 3 ans, le risque hémorragique diminue beaucoup.

Cependant deux de nos observations frappent par la longueur de l'intervalle (15 et 19 ans) ce qui amène d'ailleurs à discuter la relation entre la gastrectomie et l'accident hémorragique.

## LES CIRCONSTANCES ÉTIOLOGIQUES DE LA GASTRECTOMIE

1 — LE SIÈGE ET LES CARACTÈRES ÉVOLUTIFS de l'ulcère initial nous semblent avoir une importance non négligeable.

### *Fréquence et siège.*

L'ulcère était 7 fois duodénal, 46,6 % dont 5 hommes et 2 femmes. 7 fois gastrique 46,6 % et 1 fois de siège non précisé.

Alors que pour la plupart des auteurs l'ulcère duodénal opéré serait plus volontiers grevé d'hémorragies ; ainsi Baratgin rapporte 66 % d'ulcères duodénaux.

### *Caractères évolutifs.*

L'histoire clinique pré-opératoire de tous nos malades est typiquement ulcéreuse avec récidives en général fréquentes.

— L'indication de la gastrectomie a été plus ou moins précoce :

4 de nos 15 malades ont été opérés moins d'un an après le début de leurs troubles, soit 26,6%.

— Pour les autres, l'intervalle entre la date d'apparition des douleurs et de la gastrectomie varie entre 2 et 13 ans.

Dans 4 cas (26,6 %) l'intervention a été motivée par une *perforation*.

— 6 malades sur 15 (40 %) avaient présenté un *ulcère hémorragique*. On retrouve donc la notion en générale ad-

mise que les hémorragies post-opératoires tardives se produisent plus fréquemment chez des malades ulcéreux qui ont saigné avant l'intervention.

Ainsi pour Ivy, les malades qui ont présenté un ulcère hémorragique gardent une tendance à saigner qui représente un pourcentage de 34,8 %.

Pour Lambling, 41 % des gastrectomisés qui saignent, avaient déjà saigné avant l'intervention.

Alors que pour Dubarry, les ulcères hémorragiques avant la gastrectomie ne feraient pas plus spécialement des hémorragies par la suite.

— 6 de nos malades ont été gastrectomisés après échec du traitement médical poursuivi pendant 2 à 5 ans.

— Il est intéressant de noter que dans 5 de nos cas (33,3 %), il s'agit de *gastrectomies secondes*, soit pour ulcères perforés suturés (2) soit pour ulcère récidivant compliquant une G. E. A. (3).

— 2 de nos observations présentent une série impressionnante d'*interventions itératives*.

L'un de nos malades (obs. 3) fut gastrectomisé pour hématoméses répétées en 1945 ; 1 an plus tard une nouvelle resection s'impose pour U.R.P.O. à forme hémorragique. En 1950, de nouvelles hémorragies à répétition conduisent à admettre une récurrence de l'ulcère récidivant, qui impose une opération de Dragstedt.

L'autre malade (obs. 5) subit une G.E.A. pour ulcère pylorique en 1936, une gastrectomie pour ulcère double, anastomotique et duodénal en 1952, enfin une 2<sup>e</sup> gastrectomie en 1953 pour U.R.P.O., dans les suites de laquelle il présente deux hématoméses sévères sans ulcère récidivant rattachées à une gastrite du moignon.

On voit donc l'importance, comme le soulignait Charrier, de prendre tout de suite en chirurgie gastrique « un bon départ. »

— Enfin 3 malades sur 15 (20 %) avaient été gastrectomisés d'urgence.

Boles et Cassidy insistent sur la fréquence de la reprise du processus hémorragique chez les *gastrectomisés d'urgence* pour hématemèses et mélaenas (17 %), surtout si l'intervention a été faite après plusieurs hémorragies ; alors que Madame Bancet-Forest dans sa thèse, ne rapporte, sur 6 malades ayant subi avec succès une gastrectomie d'urgence, aucune récurrence hémorragique dans les suites éloignées et conclut à la non-influence de l'intervention d'urgence dans les résultats à distance de gastrectomies réalisées dans de telles conditions.

## 2 — LE TERRAIN.

— *Fréquence des hémorragies post-opératoires selon le sexe.*

Le *sexe masculin* est, comme il est habituel dans la maladie ulcéreuse, plus volontiers atteint. Dans notre statistique on note 12 hommes (soit un pourcentage de 80 %) pour 3 femmes.

— *Fréquence et âge.*

L'âge de prédilection des accidents hémorragiques post-opératoires se situe entre 30 et 50 ans : 9 cas sur 15 (60 %), mais il s'agit là de l'âge auquel nous avons vu les malades pour la première fois. Notre statistique compte aussi 2 cas de moins de 30 ans dont une jeune femme de 23 ans et 4 cas de plus de 50 ans dont un vieillard de 78 ans.

Quant à l'âge des sujets au moment de la gastrectomie, 10 sur 15 soit 66,6 % ont été opérés avant l'âge de 40 ans, dont 6 (soit 40 %) avaient moins de 30 ans.

— Enfin dans 4 cas on peut retenir l'*intoxication éthylique* comme facteur favorisant.

Et chez 2 de nos malades on relève des antécédents familiaux ulcéreux.

*En somme* on peut conclure que les hémorragies survenant dans les suites éloignées des gastrectomies sont en grande partie conditionnées par les *modalités cliniques* et surtout le *génie évolutif de l'ulcération initiale* dont le siège ne semble pas intervenir ici comme facteur favorisant, mais dont la gravité est signée par le fait que :

1°) plus d'1/4 de nos malades ont été opérés moins d'un an après le début des premiers troubles,

2°) l'intervention a été motivée dans 26,6 % des cas par une perforation, dans 40 % des cas par une hémorragie, avec un caractère d'urgence dans 20 % des cas.

3°) dans 66 % des cas il s'agissait de gastrectomisés jeunes.

## CARACTÈRES CLINIQUES ET ÉVOLUTIFS DES HÉMORRAGIES APRÈS GASTRECTOMIE

### Mode d'extériorisation

Les hémorragies des gastrectomisés s'extériorisent le plus souvent sous forme de *mélaenas*.

Nos 15 malades se répartissent en :

9 mélaenas

5 hématémèses

1 hémorragie microscopique signée par une anémie importante avec réaction de Weber +.

Le mélaena est dont la manifestation hémorragique dans 60 % des cas, l'hématémèse dans 33,3 % des cas, chiffres à rapprocher de la fréquence relative des hématémèses et mélaenas dans l'ulcère gastro-duodéal.

### Gravité

Les critères qui permettent de juger de la gravité de l'hémorragie sont difficiles à établir.

— Il est illusoire de vouloir se baser sur la *quantité* de sang rejeté et de considérer comme :

légère, une hémorragie de moins de 200 gr

moyenne, une hémorragie de 200 à 500 gr

abondante, une hémorragie de 500 gr à 1 litre

massive, une hémorragie de plus d'un litre.

Les malades majorent en effet volontiers la quantité

de sang qu'ils ont vomi. Par ailleurs la quantité de sang rejetée ne renseigne en rien sur celle qui est encore dans l'intestin ou qui stagne dans l'estomac.

— *Les signes fonctionnels et généraux* permettent dans une certaine mesure de juger de la gravité de l'hémorragie. Une hémorragie de faible abondance ne s'accompagne d'aucune manifestation ; le sujet bien qu'inquiet, garde un état général parfaitement conservé.

Une hémorragie est dite de moyenne abondance lorsqu'apparaissent pâleur, vertiges, tendance lipothymique, dyspnée d'effort, tachycardie sans modification de la T.A.

L'hémorragie de grande abondance s'accompagne d'un état de choc avec pâleur, refroidissement des extrémités, pouls imprenable, chute de la T.A.

En fait ces données sont difficilement comparables d'un malade à l'autre et sont fonction d'un certain moment de l'évolution.

— Hillemand et Monnerot retiennent comme critère de gravité la *chute des globules rouges* au dessous de 2.500.000 et une hématoците en dessous de 50 % ; en fait cette déglubulisation associée à d'autres signes biologiques, taux d'hémoglobine, valeur globulaire, hématoците, taux des protides sanguins, sont sujets à la même critique et n'ont pas été pratiqués de façon systématique chez nos 15 malades.

Aussi à l'exemple de Lambling, Bonfils et Baratgin, nous retiendrons comme critère de gravité la *nécessité éventuelle d'une transfusion*.

Nos 15 hémorragies se répartissent ainsi :

Hémorragies minimales (\*) : 6

de moyenne abondance (\*\*) : 5

graves (\*\*\*) : 4 dont 3 mélaenas et 1 hématomèse, alors qu'habituellement l'hématomèse, symptôme d'hémorragie rapide, est plus volontiers à l'origine d'accidents hémorragiques graves. La scène hémorragique fut souvent impressionnante et imposa dans un cas (obs. 6) après plusieurs transfusions, l'intervention d'urgence.

— Il est un autre critère de gravité sur lequel avaient déjà insisté Tixier et Clavel, c'est la *répétion de l'hémorragie*.

7 de nos 15 malades ont présenté des hémorragies itératives, dans la plupart des cas à quelques mois d'intervalle. 2 de nos malades ont eu cependant 5 ans de répit entre 2 accidents hémorragiques.

Pour Lambling, Bonfils et Baratgin, 41 % des hémorragies des gastrectomisés sont itératives et selon ces auteurs ce qui caractérise les hémorragies des gastrectomisés, bien plus que leur gravité immédiate c'est cet aspect itératif de leur évolution. Ce risque serait plus grand chez la femme.

— Enfin notre statistique ne comporte qu'un cas d'*hémorragie mortelle* (6,6 %) ; encore s'agissait-il d'un sujet de 78 ans dont la gastrectomie remontait à 15 ans et chez lequel il est difficile en l'absence de documents radiologiques et anatomiques, de rattacher avec certitude l'hémorragie aux suites opératoires.

On retrouve des taux de mortalité à peu près comparables chez la plupart des auteurs.

Pour Ivy : 5,5 %, Jones : 6,8 %, Baratgin : 6,9 %, Morey et Plummer : 7,9 %.

Par contre Boles, Cassidy et Jordan sont beaucoup plus optimistes : 1,6 %.

### Signes d'accompagnement

Presque toujours, un *syndrome douloureux* a précédé ou accompagné la scène hémorragique.

Cependant l'hémorragie fut un symptôme d'alarme chez 5 de nos 15 malades (33,3 %) qui ont saigné en dehors de tout élément douloureux ou trouble du transit.

Ce chiffre est loin de celui que donne Mage pour lequel sur 23 malades qui ont saigné après résection gastrique, 15, soit 65 % ont saigné sans douleurs (in Ivy).

Alors que pour Ivy les hémorragies post-opératoires

relevant d'un ulcère récidivant post-opératoire, survient en l'absence de toute douleur dans 12 % des cas seulement. Il est généralement admis, à la suite de Mage que l'U.R.P.O. hémorragique à forme indolore est dû à des érosions ou ulcères superficiels pouvant être traités médicalement à la différence de l'hémorragie avec syndrome douloureux associé justiciable d'un traitement chirurgical.

## ÉTIOLOGIE DES HÉMORRAGIES APRÈS GASTRECTOMIE POUR ULCÈRE

La survenue d'une hémorragie dans les suites tardives d'une gastrectomie évoque à priori l'U.R.P.O. recherché systématiquement par la radiologie, aidée de la gastroscopie mais qui sont loin de le vérifier dans un grand nombre de cas.

On évoque alors d'autres causes possibles : gastrite, stomite, reviviscence de l'ancien ulcère ou autre localisation ulcéreuse sur le moignon etc...

En fait, malgré tous les moyens d'investigation modernes, la cause de nombre d'hémorragies post-opératoires reste incertaine ou échappe totalement.

### REPARTITION ETIOLOGIQUE

|                                                          | Nombre de cas | Pourcentage |
|----------------------------------------------------------|---------------|-------------|
| Ulcère récidivant post-opératoire                        | 5             | 33,3 %      |
| Ulcère du moignon<br>Gastrique                           | 1             | 6,6 %       |
| Gastrite                                                 | 1             | 6,6 %       |
| Stomite                                                  | 1             | » »         |
| Fils                                                     | 1             | » »         |
| Origine incertaine<br>(URPO soupçonné à la Radiographie) | 3             | 20 %        |
| Indéterminés                                             | 3             | 20 %        |
|                                                          | 15            |             |



## I. — L'ULCÈRE RÉCIDIVANT POST-OPÉRATOIRE

Il représente la cause la plus fréquente des hémorragies digestives survenant chez un opéré d'un ulcère. 5 soit 33,3 % des cas dans notre statistique (obs : 1-3-4-7-11), dont un cas d'ulcère post-opératoire récidivant, manifestation inexorable selon l'hypothèse de Delore, rappelée par Leriche, de la maladie ulcéreuse.

On retrouve des pourcentages très voisins des nôtres chez Beneyto pour qui 33,9 % des hémorragies post-opératoires sont à rattacher à un ulcère récidivant et chez Baratgin qui rapporte 10 U.R. sur 29 hémorragies post-opératoires, soit un pourcentage de 34,5 % (Thèse Toulouse 1956).

La même année, dans la statistique de Lambling, Bonfils et Baratgin, sur 68 gastrectomisés, 12 ont resaigné après l'intervention dont 3 d'ulcères récidivants soit une fréquence de 24,1 %.

En 1959, Hollender et Adloff lors d'une enquête aux Journées françaises de Gastro-entérologie ont recueilli 27 hémorragies post-opératoires dont 10 par U.R. jéjunal soit 37 %.

— *La fréquence globale* de l'U.R.P.O. est diversement appréciée ; selon les auteurs la gastrectomie est grevée de 1 à 15 % d'ulcères récidivants.

Laude signale 0,8 % d'U.R. ; Finsterer 0,5 % ; Delannoy 1 à 4 %.

En 1945, Rienhoff : 9 %.

En 1950, Moutier et Cornet dans une étude clinique et endoscopique de 338 gastrectomies, ont observé 15 % d'U.R.

En 1952, Hillemand à propos de 169 gastrectomies rapporte 10 U.R. soit 6,9 %.

On trouve par contre des chiffres beaucoup plus élevés chez Grossman (1938) : 13 %.

Plus récemment Perrotin et Hollender n'estiment qu'à 1,42 % le risque d'U.R. après gastrectomie.

De même pour Peycelon et Replumaz le pourcentage d'ulcère récidivant est inférieur à 1 %.

Enfin récemment, Hollender et Adloff, sur 758 gastrectomisés ont trouvé 10 ulcères jéjunaux soit 1,3 %.

— L'hémorragie peut être le premier signe d'un ulcère récidivant (Dubost) mais la forme hémorragique est loin d'être la règle. Comme le disent Tixier et Clavel, « dans l'ulcère peptique, l'hémorragie ne doit pas être considérée comme un symptôme mais comme une complication ».

*Le risque hémorragique est diversement apprécié :*

Ainsi pour Auguste et Paris, 1/3 des ulcères récidivants saignent, Hillemand donne le même pourcentage.

— Pour Paolucci, de même pour Baratgin : 28 %.

— Pour Alessandrini, 23 % (in Beneyto).

— Pour Ivy, Bachrach et Grossman, le pourcentage est plus élevé puisque 34,8 % des U.R. se compliqueraient d'hémorragie.

— Pour Rienhoff, le risque hémorragique est également important puisque 33 % des ulcères récidivants, saignent.

— Perrotin et Hollender sur 194 observations d'U.R., recueillies pour le LX<sup>e</sup> Congrès de Chirurgie d'Octobre 1958, relèvent 34 hémorragies, soit un pourcentage de 17,5 %.

— Alors que la même année Peycelon et Replumaz publient 24 cas personnels d'U.R.P.O. dont aucun ne s'est compliqué d'hémorragies.

— Pour notre maître le Professeur M. Girard, les hémorragies accompagnent les poussées dans 25 % des cas.

Au point de vue clinique, elles consistent le plus souvent en *mélaenas* (3 cas) plus rarement en hématomèses (2 cas) ou en hémorragies intestinales de sang rouge.

Chez nos 5 malades, une *scène douloureuse* a accompagné ou précédé l'accident hémorragique.

Mais il existe des formes hémorragiques indolores à type parfois d'anémie hypochrome, le plus souvent de *mélaenas* récidivants, 12 % des cas selon Ivy à rattacher selon Mage à des ulcérations superficielles.

— On retrouve la prédilection de l'U.R.P.O. chez *l'homme* : 4 hommes pour une femme, chiffre donné par Hurst et Stewart.

— *L'ulcère initial* ayant motivé la gastrectomie était 3 fois duodénal (60 %), 1 fois gastrique et 1 fois de siège non précisé.

— Autre facteur favorisant, *l'intervention itérative* : 3 fois il s'agissait de gastrectomies secondes, l'une pour suture d'ulcère gastrique perforé (obs. 1), 2 autres dont l'une faite en urgence pour U.R. hémorragique compliquant une G.E.A. (obs. 4 - 11).

Verhaeghe et Lagache rapportent sur 30 cas d'U.R., 26 après gastrectomie II.

De même Charrier retrouve 18 fois des interventions itératives sur 23 cas d'U.R.P.O.

— *Le délai d'apparition* a été de l'ordre de 1 à 2 ans ; un de nos malades a cependant présenté une récurrence ulcéreuse dans les suites immédiates de la gastrectomie (obs. 11) Dans de tels cas, on a bien l'impression, comme le dit Peycelon, qu'il s'agit de maladie ulcéreuse maligne, sans interruption vraie.

— L'U.R.P.O. a pu être prouvé *radiologiquement* dans nos 5 observations par la mise en évidence de la niche, signe direct majeur, siégeant habituellement sur l'anse efférente, retrouvé 2 fois sur la pièce d'exérèse, confirmé une autre fois par la *gastroscopie*, qui, si elle ne montre pas toujours la niche parfois masquée par un bourrelet d'œdème gonflant la stomie, ou parce trop bien située sur le jéjunum, peut révéler des lésions de jéjunite, exception-

nelles en dehors de l'U.R., point sur lequel ont bien insisté Moutier et Auguste Paris : pour ces auteurs, l'intégrité de la muqueuse jéjunale à la gastroscopie est un élément important contre le diagnostic d'U.R.

Dans 3 cas, l'U.R.P.O. a pu être suspecté radiologiquement sur la constatation de signes indirects (troubles dyskinétiques de l'anse jéjunale, gastro-jéjunite, coup de rabot décrit par Gutman) mais n'a été retrouvé ni à l'intervention (obs. 6) ni à l'examen endoscopique (obs. 12-13).

## II. — ULCÈRE SUR LE MOIGNON GASTRIQUE

Une hémorragie survenant chez un ancien gastrectomisé n'est pas synonyme d'U.R.P.O.

Toujours dans le cadre des étiologies ulcéreuses, l'apparition d'un *nouvel ulcère sur le moignon gastrique* ressaltant n'est pas exceptionnel mais pas toujours facile à déceler.

En 1945, Nemours et Auguste rapportaient 2 cas d'ulcères de la face antérieure de l'estomac après gastrectomie pour ulcère, confirmé par la gastroscopie, dont un s'était manifesté sous forme d'un mélaena, un an après gastrectomie pour ulcère duodénal hémorragique, revêtant ainsi la forme de l'ulcère primitif.

En 1950, Moutier et Cornet, sur un total de 338 gastrectomies, en retrouvent 11 cas, dont 1 seul était hémorragique.

Parmi nos 15 hémorragies post-opératoires, nous avons pu retenir (obs. 15) 1 récurrence ulcéreuse sur le moignon de gastrectomie chez un homme de 47 ans, bacillaire, éthylique, qui 5 ans après gastrectomie pour ulcère géant de la petite courbure a présenté un mélaena isolé, dont le diagnostic étiologique a été fait par la radiologie qui montrait avec évidence une petite niche pédiculée de la petite courbure du moignon.

### III. — LA GASTRITE DU MOIGNON

Complication banale de la gastrectomie (la moitié des cas selon Moutier et Cornet), elle est après l'ulcère récidivant une des causes les plus fréquentes d'accident hémorragique.

Sur nos 15 hémorragies post-opératoires, la gastroscopie a permis d'en rattacher un cas à une gastrite du moignon (obs. 5), chez un homme présentant par ailleurs des signes d'imprégnation éthylique confirmés par le laboratoire, soit un pourcentage de 6,6 %, chiffre bas en comparaison de ceux que donnent Beneyto et Baratgin pour qui respectivement 30 % et 31 % des hémorragies post-gastrectomies s'accompagnent de gastrite gastroscopique.

Moutier, sur 28 cas d'hémorragies post-opératoires relève 13 cas à rattacher à des lésions gastriques soit par érosion fundique ou marginale, soit par gastrite puuctiforme ou hémorragie en nappe du fait d'une congestion plus ou moins intense.

La gastrite du moignon reconnaît des *causes multiples* :

— mécaniques : stase dûe à une bouche trop étroite, reflux des sucs duodénaux et fibro-pancréatiques dans l'estomac, étudié par Lambling, Gosset et Coll.

— ou infectieuses au niveau de moignons anacides.

Les lésions gastriques à l'origine de la plupart des suites douloureuses de la gastrectomie (brûlures plus que crampes, précoces ou semi-tardives, augmentées par les repas, favorisées par les écarts de régime, évoluant par poussées irrégulières, parfois de façon continue) peuvent

ainsi revêtir une forme hémorragique dans un nombre relativement important de cas. Mais les hémorragies peuvent parfois survenir à l'état isolé, en dehors de tout phénomène douloureux, sous forme d'hématémèses plus fréquentes que les mélaenas.

La radiographie peut montrer au niveau du moignon, des plis diminués de nombre, larges, saillants, épaissis, convergeant vers la bouche, mais de façon inconstante et d'interprétation difficile.

Seule la gastroscopie permet de faire le diagnostic.

L'aspect le plus habituel bien décrit par Moutier et Cornet, est celui de la gastrite œdémateuse ou catarrhale avec une muqueuse rouge vif, violacée, saignant facilement au contact du gastroscope, des plis effacés par l'œdème ou turgescents, limitant des sillons où stagne un mucus épais ou un enduit pulvérulent.

#### IV. — STOMITE

La gastrite peut prendre un aspect particulier et prédominer au niveau de la bouche anastomotique, on parle alors de *Stomite* ou encore « *d'anastomite* » selon le terme de Boller.

Seule la *gastrosco*pie permet de juger de l'état de la bouche, de l'importance du processus inflammatoire qui interesse essentiellement le versant gastrique, avec une muqueuse fundique rouge, œdématisée, mais qui peut déborder sur le versant jéjunal.

Il existe souvent un spasme sous cardial bloquant l'examen.

Les déformations de l'anastomose décrites par Moutier et Cornet, sont caractéristiques : les deux branches afférentes et efférentes de l'anse jéjunale tendent à se séparer et de part et d'autre de chaque orifice, se développe un éperon aux dépens du tissu intestinal qui tend à se « gasteriser ». La marge de la stomie, enflammée par le reflux duodénal, est le siège d'une violente congestion, formant un bourrelet lisse ou polypoïde, avec œdème des points de suture qui peut se compliquer d'érosions ou ulcères.

Ces lésions inflammatoires peuvent entraîner, moins fréquemment qu'après G.E.A., des *sténoses de la bouche*, aiguës et réversibles, plus rarement progressives et définitives.

C'est le cas chez un de nos malades (obs. 8) pour lequel la gastroscopie montrait de façon évidente, outre la déformation de l'anse jéjunale avec son éperon, un *granulome inflammatoire* d'aspect verruqueux, siégeant sur le bord de l'anastomose.

**Toutes ces lésions peuvent être déterminées  
par des fils en voie d'élimination**

La fréquence de ces accidents dus à l'élimination intra-gastrique des fils de suture, a été diversement considérée par les auteurs. En 1946, Auguste et Paris, dans un travail portant sur une série de 120 ulcéreux gastrectomisés et suturés à la soie, relèvent 9 accidents attribuables à la présence de fils (7,5 %) dont un hémorragique chez un homme de 65 ans qui 13 mois après gastrectomie pour ulcère de la petite courbure, à la suite d'une courte période de douleurs abdominales, présenta un mélaena assez abondant et chez lequel la gastroscopie montre un foyer hémorragique centré par un fil.

Moutier rapporte 9 cas de stomites par fils non résorbables, compliqués d'hémorragies chez 2 malades qui avaient déjà présenté un ulcère à forme hémorragique antérieurement à l'intervention.

En 1950, Moutier et Cornet dans une statistique portant sur 338 gastrectomisés, relèvent 49 stomites par fils sur un total de 96 inflammations de la bouche.

Beneyto en note 6 cas sur 44 hémorragies post-opératoires soit 13,9 % et Baratgin a trouvé un fil sur 29 gastrectomisés qui avaient saigné, soit 3,4 %.

— Sur nos 15 hémorragies post-opératoires on relève un cas (obs. 14) de stomite par fils (soit 6,6 %) chez une femme de 54 ans qui, 3 ans après gastrectomie pour ulcère gastrique, présente des mélaenas que la gastroscopie permit de rattacher à un fil non résorbé.

La *radiographie* peut montrer, au niveau de l'anastomose, comme c'est le cas pour notre malade, un aspect marécageux ou des irrégularités des contours gastro-jéjunaux et surtout gastriques évoquant la périgastrite lacunaire de Gutmann.

Mais le plus souvent, le diagnostic ne peut être fait que

par la *gastrosco pie* qui montre les fils, blancs à leur émergence, noirs à leur extrémité libre, flottant dans la cavité gastrique, épaissis, enrobés de mucus, fausses membranes, qui apparaissent au milieu d'une zone anastomotique formant un bourrelet œdématié.

Comme l'a noté Moutier, *cet œdème n'infiltré que la muqueuse gastrique, respectant le versant jéjunal de la stomie*. C'est du côté gastrique uniquement que semblent s'éliminer les fils.

Les lésions prédominent au voisinage des points d'implantation des fils, sous forme d'une tuméfaction au sommet de laquelle ils se dégagent, avec présence à leur base d'une petite érosion ou même ulcération de la muqueuse qui peut-être à l'origine d'hémorragies.

Ces fils correspondent soit à la suture interne, soit pour Delannoy au surjet séro-séreux qui tend à s'éliminer du dehors en dedans.

Ces faits posent le problème du matériel de suture, justifiant l'utilisation plus large de *fils résorbables*. Ces lésions seraient aussi moins fréquentes depuis que le chirurgien fait moins de surjet et plus de points séparés.

Chez notre malade la suture avait été faite au fil de Nylon. Le catgut cependant ne met pas à l'abri des réactions inflammatoires, mais les lésions selon Auguste et Paris ne dépasseraient pas le stade de la congestion et infiltration œdémateuse et ne conduiraient jamais à la suppuration à la différence de la soie ou du Nylon.

*L'évolution* peut se faire vers l'élimination spontanée qui peut demander plusieurs années, aussi est-il souvent nécessaire, surtout en cas d'hémorragies itératives d'avoir recours à la chirurgie, en enlevant les fils par gastrostomie. d'hémorragies itératives d'avoir recours à la chirurgie, en enlevant les fils par gastrostomie.

Ainsi les stomites consécutives à la gastrectomie pour ulcère peuvent apparaître en l'absence de fils, mais ceux-ci aggravent les lésions, les symptômes, prolongent l'évolution et conduisent souvent à une réintervention. (Auguste et Paris).

## V. — CANCER DU MOIGNON

En présence d'une hémorragie survenant chez un ulcéreux gastrectomisé, il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'un cancer développé sur la partie restante de l'estomac. Les observations de cancer développé sur moignon de gastrectomie sont rares.

En France, le premier cas a été signalé en 1932 par Brisset. Il faut attendre 1950, la publication de Debray-Roux-Chevillotte-Segal portant sur 7 observations, mais aucun accident hémorragique n'est signalé.

En 1951, Rehli, à propos d'un cas personnel, retrouve une trentaine d'observations en majorité publiées dans la littérature allemande.

Après une nouvelle interruption de 6 ans, toute une série d'observations françaises sont publiées en 1956-1957 par Cortet, Fraisse, Fassio de Montpellier.

Auguste (7 cas dont un compliqué de mélaena), Dubarry et Coll ; Michaud, Viard et Breuil en rapportent 5 cas dont un à forme hémorragique sous forme d'hématémèses.

En 1958, Cote, Malcolm et James, rapportent 17 cas recueillis à la Clinique Mayo de 1950 à 1954, dont 2 compliqués d'hématémèses ou mélaenas.

Deux thèses sont consacrées à ce sujet : celle de Mademoiselle Borel à Paris, à propos de 2 cas, l'autre bordelaise de Mademoiselle Lafond à propos de 3 cas.

Bencyto dans sa thèse en signale 1 cas sur 44 hémorragies post-opératoires (2,3 %).

Hollender et Adloff dans les 27 observations d'hémorragies tardives post-opératoires recueillies aux Journées

Françaises de Gastro-entérologie d'octobre 1959 relèvent 3 cas de cancer du moignon gastrique restant.

Il semble n'y avoir qu'une simple coïncidence, si l'ulcère antérieur était bulbaire ; on n'a en effet aucun argument en faveur du rôle favorisant de l'exérèse sur le développement d'une tumeur maligne ; certains auteurs ont cependant insisté sur le rôle prédisposant joué par l'anachlorhydrie ou la gastrite du moignon. Par contre l'apparition d'un cancer du moignon peut signer la nature maligne d'un ulcère gastrique enlevé quelques mois ou années auparavant.

Selon Michaud, il semble que *tout cancer survenu après un délai de 5 ans et plus, soit bien un cancer autonome.*

## VI. — ŒSOPHAGITE PAR REFLUX

Parmi les autres causes plus rares d'hémorragies pouvant survenir après gastrectomie, il faut citer *l'œsophagite par reflux*, bien étudiée par Auguste et Lortat-Jacob.

Moutier et Cornet en rapportent 4 cas sur 28 hémorragies post-opératoires. La possibilité de reflux gastro-œsophagien après gastrectomie avait déjà été signalée par Bénédic en 1938.

Récemment Monges (H.) est revenu sur ces faits.

Il s'agit rarement d'hémorragies de très grande importance, cataclysmiques. Elle s'extériorisent plus volontiers par un *mélaena* que par une hématomèse relativement rare. Le plus souvent il s'agit de petites hémorragies microscopiques, mises en évidence par les réactions habituelles de laboratoire ou signées par une anémie hypochrome.

Hillemand a insisté sur la discordance nette entre la discrétion de ces hémorragies et l'importance de l'œsophagite.

Dans le plus grand nombre de cas, l'œsophagite hémorragique par reflux est liée à une *hernie hiatale du moignon* de gastrectomie, soit méconnue avant l'intervention, soit entraînée par elle et que Monges explique par une modification des moyens de suspension gastrique.

## VII. — INVAGINATION RÉTROGRADE DU GRÊLE

Enfin il faut signaler la possibilité d'invagination rétrograde du grêle à travers l'anastomose gastro-jéjunale.

Junod en 1935 en rapportait 1 cas chez un homme gastrectomisé 18 mois auparavant qui, à l'occasion d'une crise douloureuse violente, présenta une hématomèse. Les radiographies montraient une occlusion nette du jéjunum avec arrêt en cupule caractéristique.

Moutier et Cornet sur leurs 28 cas d'hémorragies post-opératoires en rapportent 3 cas.

Blanchet dans sa thèse (Lyon 1950) sur un total de 441 gastrectomisés n'a observé qu'un cas d'invagination dont le tableau clinique s'était résumé à une hématomèse et dont le diagnostic ne fut porté qu'à l'autopsie.

Plus récemment en 1955, Smith à l'occasion d'un cas personnel, fait une revue de 16 cas : l'intervalle de temps qui sépare cet accident de l'intervention est variable, moins de deux mois dans 1/3 des cas.

La symptomatologie est toujours identique : coliques épigastriques soudaines associées à des vomissements teintés de sang chez un malade choqué réalisant le tableau d'une sténose pylorique.

On pourrait également citer :

- *les polypes du moignon,*
- *les diverticules du duodénum,*
- *les brides cicatricielles,* la plicature de l'anse anastomotique.

Et à titre de mémoire, :

- *l'anévrisme post-traumatique de l'artère gastro-duodénale* rompue dans le duodénum dont 1 cas a été publié par Clifton et West.

## VIII. — HÉMORRAGIES D'ÉTIOLOGIE INDÉTERMINÉE

Cependant malgré tous les moyens d'investigations, nous voyons persister une incertitude dans le diagnostic de grand nombre d'hémorragies digestives survenant dans les suites tardives de la gastrectomie.

Pour Beneyto, 18 % des hémorragies post-opératoires restent inexplicées.

Baratgin rapporte 7 cas sur 29 soit 24 % pour lesquels aucune étiologie valable n'a pu être retenue.

De même pour Lambling et Coll, 18 à 24 % des hémorragies des gastrectomisés restent sans explication.

Sur nos 15 hémorragies post-opératoires, 3 n'ont pu être rattachées à aucune cause précise.

Il faut cependant préciser que l'une de nos malades (obs. 2) avait refusé la gastroscopie et que dans le 2<sup>e</sup> cas (obs. 9) aucun diagnostic précis n'a été porté en l'absence de documents radiologiques puis anatomiques. Enfin que dans le 3<sup>e</sup> cas (obs. 10) relatif à une anémie hypochrome avec Weber positif, la gastroscopie n'a pas été pratiquée.

Peut-être faut-il invoquer une gastrite ou une jéjunite échappant aux moyens d'investigations habituels, la splenoportographie est venue, depuis peu, accroître les possibilités de diagnostic dans tous les cas d'hémorragies digestives de cause difficile à préciser.



## TRAITEMENT

Nous serons très brefs sur le problème thérapeutique qui dépend avant tout de l'origine de l'accident hémorragique.

— L'apparition d'un *nouvel ulcère* hémorragique chez un gastrectomisé pour ulcère signe une prédisposition particulière à la maladie ulcéreuse et conduit à la chirurgie ; l'indication d'intervention d'urgence pouvant même parfois se poser en présence d'hémorragies cataclysmiques et sous couvert de transfusions massives.

L'intervention la plus classique consiste en une *gastrectomie itérative* plus étendue avec rétablissement de la continuité par anastomose gastro-jéjunale. Certains y associent systématiquement la *section des pneumogastriques*.

Mais devant un moignon gastrique exigu, à une nouvelle resection difficile et dangereuse sur les terrains remaniés, on préférera la vagotomie double de Dragstedt, de préférence par voie thoracique plus complète et moins aléatoire que la voie abdominale.

— La *Gastrite* relève du *traitement médical*, associant à une bonne hygiène alimentaire, avec suppression du tabac, alcool, café, crudités, épices... le Bismuth, Collargol, les antispasmodiques et dans certains cas les antibiotiques.

Dans le cas particulier des stomites liées à la présence de fils en voie d'élimination, Auguste est également partisan du traitement médical à base de Bismuth, à titre anti-inflammatoire et de Collargol comme désinfectant de la muqueuse. Alors que nous pensons avec Delannoy que le seul traitement, une fois le diagnostic franchement établi

et après une attente loyale d'élimination spontanée toujours possible, ne peut être que chirurgical, le meilleur traitement étant encore d'éviter ces accidents en n'employant que du matériel résorbable.

— *Le cancer du moignon impose la gastrectomie totale.*

— *L'œsophagite hémorragique* peut également poser une indication opératoire qui consiste en la cure de la hernie quand elle existe et en la réfection de l'angle de Hiss, mais c'est une chirurgie souvent délicate dans cette zone déjà remaniée par la gastrectomie.

Dans la majorité des cas, la décision thérapeutique sera dictée par l'intensité des signes cliniques, l'abondance, la répétition de l'accident hémorragique.

## CONCLUSIONS

L'étude de 105 observations de gastrectomisés, recueillies en 6 ans dans le service de notre Maître le Professeur M. Girard, nous a permis de retenir 15 cas d'hémorragies survenues dans les suites tardives ou éloignées de l'intervention et dont nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1°) *Le risque hémorragique*, dans les suites éloignées de gastrectomie, est relativement important, puisque évalué à 14,2 % et que l'on peut chiffrer à environ 3,2 % des hémorragies digestives prises dans leur ensemble, celles survenant chez les gastrectomisés.

2°) *Leur délai d'apparition* est variable, mais dans près de 70 % des cas, elles surviennent moins de deux ans après l'intervention, le risque hémorragique diminuant beaucoup après un délai de 3 ans.

3°) Les hémorragies post-opératoires tardives sont en grande partie conditionnées moins par la topographie que par les *caractères cliniques et évolutifs de l'ulcération initiale* qui a motivé l'intervention.

— L'ulcère qui intéressait aussi volontiers l'estomac que le duodénum avait justifié la gastrectomie moins d'un an après le début des troubles dans 26,6 % des cas, soit par suite de l'échec du traitement médical, soit du fait d'une perforation (26,6 %) soit plus souvent d'une hémorragie (40 % des cas) et ceci d'autant plus volontiers qu'il s'agissait d'un ulcère hémorragique.

— Dans 33,3 % des cas les hémorragies post-opératoires ont été observées après *gastrectomies secondaires* soit à la suture d'un ulcère perforé, soit à une G.E.A. compliquée d'ulcère récidivant.

— L'hémorragie post-opératoire a une nette prédilection pour le *sexe* masculin (80 % des cas), *l'âge* moyen des malades se situant entre 30 et 50 ans.

4°) Le *mélaena* est le mode d'extériorisation le plus fréquent, 9 cas, soit 60 % contre 5 hématomèses (35 %) et 1 hémorragie microscopique.

— Il s'agit le plus souvent d'hémorragies minimales (40 %), les hémorragies graves c'est-à-dire celles ayant nécessité une ou plusieurs transfusions, ne représentant que 26 % des cas.

La mortalité est de l'ordre de 7 %.

— Le *caractère itératif* des hémorragies post-opératoires a été noté dans 46 % de nos observations.

5°) *Les facteurs étiologiques* des hémorragies tardives après gastrectomie sont par ordre de fréquence décroissante :

— *l'ulcère récidivant post-opératoire* : 5 cas (33,3 % des cas), se manifestant le plus souvent sous forme de *mélaenas*.

— *Les gastrites et stomites* parfois déterminées par des fils en voie d'élimination : 3 cas.

— Parmi les causes plus rares, il faut noter :

- *Les récidives ulcéreuses sur la partie restante de l'estomac* (1 cas).
- *Le cancer du moignon,*
- *La hernie hiatale du moignon à l'origine d'œsophagite par reflux,*
- *L'invagination gastro-jéjunale.*

— *Les étiologies incertaines* et discutables représentent 20 % des cas, l'examen radiologique ayant fait suspecter un ulcère récidivant post-opératoire vérifié ni à la gastros-copie, ni à l'intervention.

— Enfin, 20 % des hémorragies survenant dans suites éloignées de gastrectomie, n'ont pu être rattachées à aucune étiologie précise, échappant peut-être aux méthodes d'investigation de pratique courante.

6°) *L'attitude thérapeutique* sera fonction de l'étiologie et de la gravité de l'accident hémorragique. Elle n'est pas fatalement chirurgicale. En cas de récidives ulcéreuses, c'est à la gastrectomie itérative que l'on aura recours, complétée ou non par une vagotomie bilatérale.

— Le néoplasme du moignon impose la gastrectomie totale.

— Le traitement des gastro-jéjunites et stomites sera dans la règle, médical. Cependant l'intensité de la scène clinique ou le cas particulier de découverte de fils de suture en voie d'élimination peut obliger à réintervenir chirurgicalement.

*Vu :*

*Le Doyen,*  
H. HERMANN.

*Vu :*

*Le Président de la Thèse,*  
GIRARD.

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 14 Mai 1960

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
A. ALLIX.



## BIBLIOGRAPHIE

- AUGUSTE (Ch.) et PARIS (J.). — Rôle des fils de suture dans les stomites consécutives à la gastrectomie pour ulcère. *Archives Mal. App. Dig.*, 35, n° 3-5, 8 avril 46, p. 143.
- AUGUSTE (Ch.) et PARIS (J.). — L'ulcère peptique après gastrectomie. Etude médicale. *Archives Mal. App. Dig.*, 36, n° 9-10, 1947, pp. 553.
- AUGUSTE (Ch.), JACQUET (A.) et COUVREUR (E.). — Les cancers du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcère. *Archives Mal. App. Dig.*, 47, 1958, pp. 221-226.
- BANCET-FOREST (Mme C.). — La gastrectomie d'urgence dans les hémorragies gastro-duodénales ulcéreuses. *Thèse Lyon 1958*.
- BARATGIN (B.). — Les Hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Etude clinique et anatomique d'après une série de 292 observations. *Thèse Toulouse 1956* (Bibliogr.).
- BENEYTO (S.). — Considération sur l'étude des hématémèses et mélaenas avant et après gastrectomie. *Thèse Paris 1953* (Dactyl.).
- BERTRAND (P.) et CREYSSEL. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale*. G. Doin, 1952.
- BLANCHET (H.). — De la gastrectomie dans l'ulcère. *Thèse Lyon 1950*.
- BOLES (R.S.), CASSIDY (W.S.) et JORDAN (M.). — Medical versus surgical management for complications of hémorrhage in duodénal ulcer. *Gastroenterology*, 32, n° 1, janvier 57, pp. 52-60.
- BOLLER (R.). — Les suites tardives des gastrectomies et leur traitement. *Archives Mal. App. Dig.*, 41, 1952, pp. 407-413.
- BRULE (M.), HILLEMAND (P.) et LOUPIAS (P.). — Résultats éloignés de la gastrectomie pour ulcères gastro-duodénaux. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, 12 janvier 1940, n° 1-2-3, pp. 12-15.

- CHARRIER (J.), LOYGUE (J.). — Les ulcères peptiques post-opératoires. *Encyclopédie Méd. Chirurg.*, 9, 1948.
- CLIFTON (F.) et WEST (J.R.). — Delayed post-gastrectomy hemorrhage from ruptured traumatic anevrysm. *Am. J. of Surg.*, 96, 1958, pp. 115-117.
- CORTET (P.) — A propos d'une observation de cancer du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcère. *Arch. Mal. App. Dig.*, 45-11, 1956, pp. 295-298.
- COTE (R.), MALCOLM (B.) et JAMES (C.). — Cancer of the stomach after gastric resection for peptic ulcer. *Surg. Gyn and Obst.*, 107, n° 4, 1958, p. 200.
- DEBRAY (Ch.), ROUX (M.), CHEVILLOTTE (R.) et SEGAL (S.). — Les cancers du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcus. Discussion, *Arch. Mal. App. Dig.*, 39, mars 50 p. 702.
- DELANNOY (E.) — Elimination des fils après gastrectomies. Traitement et Prophylaxie. *Arch. Mal. App. Dig.*, 35, p. 341.
- DUBARRY (J.J.), DUFOUR (R.) et LAFOND (Mlle M.). — Reflexions sur le cancer du moignon gastrique. *Arch. Mal. App. Dig.*, 46, 1957, pp. 361-365.
- DUBARRY (J.J.) et NEBOIT-MOMBET (J.). — Hémorragies digestives au cours des Séquelles de gastrectomie. *Arch. Mal. App. Dig.*, 49, n° 4, avril 1960, pp. 473-78.
- DUBOST (Cl.). — Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. *Revue du Praticien*, T 11, n° 28, novembre 52, pp. 1845-53.
- FASSIO (E.). — Cancer du moignon, 4 ans après gastrectomie pour ulcère de la petite courbure avec atrésie fibro-musculaire de l'antre. *Arch. Mal. App. Dig.*, 45, 11, p. 563.
- FINSTERER (H.). — Results of repeated operations upon the stomach, especially for gastro-jejunal ulcer. *Surg. Gyn. and Obst.*, 68, 1939, p. 334.
- FRAISSE (H.), MELEY (J.) et BRONDEL. — Cancer du moignon gastrique 8 ans après gastrectomie pour ulcère présumé bénin. *Arch. Mal. App. Dig.*, 45, 11, 1957, pp. 293-95.
- FRANCINI (M.). — Sur les Hémorragies gastriques consécutives aux interventions sur l'estomac. *Bolletino e Memoria de la Società Tosco Umbra de chirurg.*, 13 mai 1953, p. 4.
- FRIBERG (S.). — End results in gastric surgery with special reference to « Resection for exclusion ». *Acta chirurgica Scandinavo.*, 78, 1936, p. 157.
- GARDES (J.). — L'ulcère récidivant post-opératoire (étude de 125 cas.) *Thèse Lyon 1955.*

- GILCHRIST (R.K.) et DEPEYSTER (F.A.). — The surgical treatment of massive post-opérative peptic hemorrhage. *Ann. of Surg.*, 147, 1958, pp. 728-732.
- GIRARD (M.). — L'ulcère récidivant post-opératoire. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 août 1956, pp. 599-605.
- GIRARD (M.), PLAUCHU (M.) et HAGUENAUER (G.). — Considérations étiologiques à propos de 400 observations d'hémorragies digestives. *Lyon Médical*, n° 51, 21 décembre 1958, pp. 1009-1025.
- HAGUENAUER (G.). — Etude critique à propos de 400 cas d'hémorragies digestives. *Thèse Lyon 1958*.
- HARDOUIN (J.P.). — Invagination jéjunale après gastrectomie. *Encyclo. Méd. Chirurgic.*, 9, 1958.
- HEPP (J.). — Modalités actuelles et résultats du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux non compliqués. *Sem. Hôp. Paris*, janvier 48, n° 3, pp. 79-84.
- HILLEMANT (P.). — Maladies de l'estomac, de l'œsophage et du duodénum. *Flammarion Edit. Paris 1950*, p. 817.  
— Les reflux œsophagiens. *Rev. du Praticien T. IX* n° 11, p. 1171.
- HILLEMANT (P.), DELORD et TOULET (S.). — L'ulcère de la petite courbure, complication de la gastrectomie pour ulcère. *B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 64, n° 30-31, p. 1057-59. Séance du 5-12 novembre 1948.
- HILLEMANT (P.), VIGUIE (R) et BREUZARD (J.). — Etude statistique et étiologique des hémorragies ulcéreuses. *Arch. Mal. App. Dig.*, 48, n° 7-8 bis. *Journ. Franç. Gastro-Entéro* (suppl. aux n° 7-8 ; Juillet-août 1959 p. 16).
- HILLEMANT (P.), MAFFEI (L.D.) et HILLEMANT (B.). — Résultats de la gastrectomie des 2/3 pour ulcère. *Arch. Mal. App. Dig.*, 41, 1952, pp. 747-762.
- HILLEMANT (P.) et MONNEROT. — A propos de l'étiologie et du traitement des hémorragies digestives. *Arch. Mal. App. Dig.*, 46, n° 3, mars 57 p. 144.
- HOLLENDER (L.) et ADLOFF (M.) — Les hémorragies digestives post-gastrectomiques. *Arch. Mal. App. Dig.* 48 n° 7-8 bis. *Journ. Franç. Gastro-Entéro* (suppl. aux N° 7-8 juillet-août 1959) pp. 152-167).
- IVY (A.C.), GROSSMAN (M.I.) et BACHRACH (W.H.) — Peptic ulcer. *Philadelphie-onto 1950*.
- JONES (J.M.) — Hematemesis and melena. *Gastroenterology* 30 1956 pp. 166-191.

- JUNOD (J.M.) — Un cas d'invagination jéjunale tardive après gastrectomie. *Schweiz. Med. Wschr.* 35 n° 4 ; 22 janvier 1935, pp 93-94.
- KIEFER (E.D.) — Jejunal ulcers and recurrent hemorrhages after partial and subtotal gastrectomy for peptic ulcer. *J.A.M.A.* 120, 1942, p. 819.
- LAGACHE (E.) et SOOTS (G.) — Réflexions à propos du diagnostic et du traitement de 132 hémorragies gastro-duodénales aiguës. *Arch. Mal. App. Dig.* 46, n° 1 nov. 57, p. 1.115.
- LAMBLING (A.), BONFILS (S.) et BARATGIN (B.) — Répartition étiologique des hémorragies intestinales (d'après 207 observations). Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. *Rev. du Praticien* VI, n° 31, 1956, pp. 3.403 et 3.419. Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Etude de 254 observations. *Arch. Mal. App. Dig.* 46 n° 3, Mars 1957, pp. 113-144.
- LAMBLING (A.), BONFILS (S.), RICHIR (Cl.), POTET (F.), ANDREJEVIC (M.) et BARATGIN (B.) — Les hémorragies des gastrites hémorragiques et de l'« exulceratio simplex » *Arch. Mal. App. Dig.* 48 n° 7-8 bis — Journ. Franç. Gastro-entéro (suppl. aux n° 7-8 juillet-août 1959, p. 88.
- LIBAUDE (H.), GORDET (G.) — Un cas d'ulcère peptique après gastrectomie. *Arch. Mal. App. Dig.* 39 mai 1950, p. 859.
- MAGE (S.) (cité dans Ivy) — Bleeding as a late sequel of subtotal Gastrectomy of the Billroth II type for duodenal ulcer. *Surg. Clin. North. America* 27, 1947, p. 241.
- MARSHALL (S.F.) et WELCH (M.L.) — Results of surgical treatment for gastric ulcer. *J.A.M.A.* 136, 1948, p. 748.
- MICHAUD (P.) VIARD (H.) et BREUIL — A propos de 11 cas de cancer gastrique survenu dans les suites d'opération pour ulcère. Possibilités chirurgicales données par la voie thoracique. *Arch. Mal. App. Dig.* 45, 1957, 286-293.
- MONGES (H.) et MONGES (A.) — Les complications de la gastrectomie. *Encycl. Méd. Chir.* 7, 1955.
- MOREY (D.) et PLUMMER (K.) — Complications following subtotal gastrectomy for peptic ulcer. *Ann of Inter. Med.* 43 n° 5, nov. 55, pp. 1067-1075.
- MOUTIER (F.) — Ulcère gastro-duodéal — Suites opératoires. *Encycl. Méd. Chir.* 1950.

- MOUTIER (F.) — Ulcères et ulcérations gastriques et jéjunales après gastrectomie. *Acta Gastro-enter. Belgica* 3-10-1950. (cité dans Hollender-Adloff)
- MOUTIER (F.) — Elimination des fils et accidents douloureux ou hémorragiques après gastrectomie. *Arch. Mal. App. Dig.* 33 n° 3-4.
- MOUTIER (F.) et CORNET (A.) — Les suites graves des gastrectomies pour ulcère gastro-duodénal. *Arch. Mal. App. Dig.* 39, n° 12, déc. 1950. Les Gastrites. *Encycl. Méd. Chir.* 1959. Masson Edit. Paris 1955.
- NEMOURS (A.) et AUGUSTE — Ulcère de la face antérieure de l'estomac après gastrectomie pour ulcère duodénal. *Arch. Mal. App. Dig.* 39 Oct. 49, p. 84.
- PAPIN (F.) et WILMOTH (P.) — Le traitement chirurgical des grandes hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse. Les indications cliniques. *Journal de Chirurgie* 49 — 1935, p. 563.
- PATEL (J.) et LATASTE — Notre propre expérience de la gastrectomie pour hémorragies digestives. (A propos de 94 cas). *Presse Médicale* 65 n° 81 nov. 57 1811-14.
- PEDERSEN (J.) — Pourcentage de mort dans les hématémèses et les mélaenas traités médicalement et indications chirurgicales dans l'ulcère peptique hémorragique. *Gastroenterology* 12, n° 4, 1949, pp. 597-616.
- PERROTIN (J.) et HOLLENDER (L.) — Les ulcères peptiques après gastrectomie. Rapport au 60<sup>e</sup> Congrès de l'Association Française de chirurgie. Résumé dans *Journal de Chirurgie* 76, n° 3, oct. 58, pp. 456-473.
- PEYCELON (R.) et REPLUMAZ (P.) — Les ulcères peptiques après gastrectomie ((à propos de 24 observations). *Lyon Chirurgical* 54, n° 5, sept. 58, pp. 641-656.
- RIENHOFF (W.F.) An Analysis of the results of the surgical treatment of 260 consecutives cas of chronic peptic ulcer of duodenum. *Ann. Surg.* 121, n° 5, 1945, pp. 583-600.
- RINDONE (G.) — L'ulcère peptique après résection gastrique. *Il Policlinico* 44, n° 11-12, Déc. 47, pp. 201-233.
- ROBB (H.J.) et NICKEL (W.O.) Surgery in post-gastrectomy bleeding. *Surgery* 42, 1957, pp. 474-475.
- SMITH (I.) — Invagination jéuno-gastrique retrograde après gastrectomie. *Brit. J. Surg.* 42, n° 176, Mai 55, pp. 654-658.

TIXIER (L.) et CLAVEL (Ch.) — Les grandes hémorragies gastro-duodénales. Etude médico-chirurgicale. *Masson et Cie* Edit. 1933.

WALTERS (W.) et CLEVELAND (W.H.) — Results of partial gastrectomy for bleeding duodenal, gastric and gastro-jejunal ulcer. *Ann. Surg.* 114, 1941, p. 481.

## TABLE DES MATIERES

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| Avant-propos .....                                                              | 11 |
| Historique .....                                                                | 12 |
| Introduction .....                                                              | 15 |
| Les observations .....                                                          | 17 |
| Interprétation .....                                                            | 35 |
| Fréquence globale .....                                                         | 35 |
| Circonstances étiologiques .....                                                | 36 |
| Caractères cliniques et évolutifs des hémor-<br>ragies après gastrectomie ..... | 40 |
| Etiologie des hémorragies .....                                                 | 44 |
| I — L'ulcère récidivant post-opératoire .....                                   | 47 |
| II — Ulcère sur le moignon gastrique .....                                      | 50 |
| III — La gastrite du moignon .....                                              | 52 |
| IV — Stomite .....                                                              | 54 |
| V — Cancer du moignon .....                                                     | 57 |
| VI — Œsophagite par reflux .....                                                | 59 |
| VII — Invagination rétrograde du grêle .....                                    | 60 |
| VIII — Hémorragies d'étiologie indéterminée .....                               | 61 |
| Traitement .....                                                                | 63 |
| Conclusions .....                                                               | 65 |
| Bibliographie .....                                                             | 69 |





